

# ADMISSION POUR ACCOUCHEMENT

Clinique

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Étiquette du patient ou

Nom: \_\_\_\_\_  
 Prénom: \_\_\_\_\_  
 Date de naissance: \_\_\_\_\_



BC\_F-3 Patientenadmin. - Eintritt



ST\_4 - Anmeldung

## INFORMATIONS CONCERNANT LE PATIENT

Nom	Prénom	Date de naissance	Nom et prénom des parents (pour les mineurs)
_____	_____	_____	_____
Téléphone mobile	Téléphone privé	Téléphone professionnel	E-mail
_____	_____	_____	_____
Rue / numéro	NPA / Localité	Pays	Nationalité
_____	_____	_____	_____
N° AVS	Correspondance		
_____	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I		

<b>Admission de</b>	<input type="checkbox"/> domicile	<input type="checkbox"/> maison de soins	<input type="checkbox"/> maison de retraite	<input type="checkbox"/> psychiatrie
	<input type="checkbox"/> autre hôpital	<input type="checkbox"/> autres	<input type="checkbox"/> inconnu	
<b>Admission pour</b>	<b>Type de cas</b>	<input type="checkbox"/> Privé	<input type="checkbox"/> Chambre individuelle	<input type="checkbox"/> Payeur direct
<input type="checkbox"/> Accouchement	<input type="checkbox"/> stationnaire	<input type="checkbox"/> Semi-privé	<input type="checkbox"/> Chambre à deux lits	<input type="checkbox"/> Changement de classe de _____ pour _____
<input type="checkbox"/> Transfert < 24 h	<input type="checkbox"/> ambulatoire	<input type="checkbox"/> Assurance de base générale	<input type="checkbox"/> Chambre à plusieurs lits	<input type="checkbox"/> Supplément confort
		<input type="checkbox"/> Division commune Suisse entier		
Assurance de base LAMal	Numéro d'assuré(e)	N° de carte d'assuré(e) (20 caractères)		
_____	_____	_____		
Assurance complémentaire LCA	Numéro d'assuré(e)			
_____	_____			

## Informations sur l'accouchement / l'admission pour grossesse pathologique

Âge: \_\_\_\_\_ Pare: \_\_\_\_\_ Geste: \_\_\_\_\_ Terme prévu: \_\_\_\_\_ Date des dernières règles: \_\_\_\_\_  
 Date corrigée (d'après l'échographie): \_\_\_\_\_  
 CIM-10: \_\_\_\_\_ CHOP: \_\_\_\_\_ CHOP: \_\_\_\_\_  73.5 Assistance manuelle lors de l'accouchement  
 Obstétricien: \_\_\_\_\_ Assistant: \_\_\_\_\_  74.0X Césarienne classique  
 Date d'admission: \_\_\_\_\_ Heure: \_\_\_\_\_  La veille Durée du séjour en jours: \_\_\_\_\_  
 Date de l'opération: \_\_\_\_\_ Heure de l'opération: \_\_\_\_\_ Durée de l'opération (en min, de l'incision à la suture): \_\_\_\_\_  
 Consultation d'anesthésie  oui  non

### Facteurs de risque pertinents pour l'anesthésie (champ obligatoire)

Aucun  Risque d'hémorragie  Diagnostics de médecine interne  Témoin de Jéhova  
 Troubles de la coagulation  Particularités neurologiques  autres \_\_\_\_\_

Facteurs de risques / particularités liées à la grossesse / antécédents obstétricaux:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Maladies gynécologiques:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Diagnostics annexes pertinents pour le codage:

O24.4 Diabète sucré survenant au cours de la grossesse  
 O24.0 / O24.1 Diabètes sucré préexistant, type 1/2  
 O13 Hypertension gestationnelle  
 O10 Hypertension préexistante  
 O41.0 Oligoamnios

### Résultats de laboratoire: oui non **Lors de l'inscription, merci de faxer les derniers résultats avant l'accouchement!**

Groupe sanguin/ Rh: \_\_\_\_\_ Allergies: \_\_\_\_\_  
 Prophylaxie rhésus  oui  non Date de la dernière prophylaxie rhésus: \_\_\_\_\_  
 Rubéole: Immunité connue  oui  non Sérodiagnostic de la syphilis:  positif  négatif  
 Hépatite:  HBsAg nég.  HBsAg pos. (l'enfant doit être immunisé)  
 Strepto B:  positif  négatif VIH:  positif  négatif  
 Enfants mort-nés: \_\_\_\_\_  
 Interruptions de grossesse antérieures: \_\_\_\_\_  
 Date \_\_\_\_\_ Cabinet du médecin accrédité procédant à l'inscription \_\_\_\_\_