

**HIT 2020 LAUSANNE  
ADMISSION DES PATIENTS  
INFORMATIONS POUR LES  
ASSISTANTS MÉDICAUX ET LES  
MÉDECINS ACCRÉDITÉS**

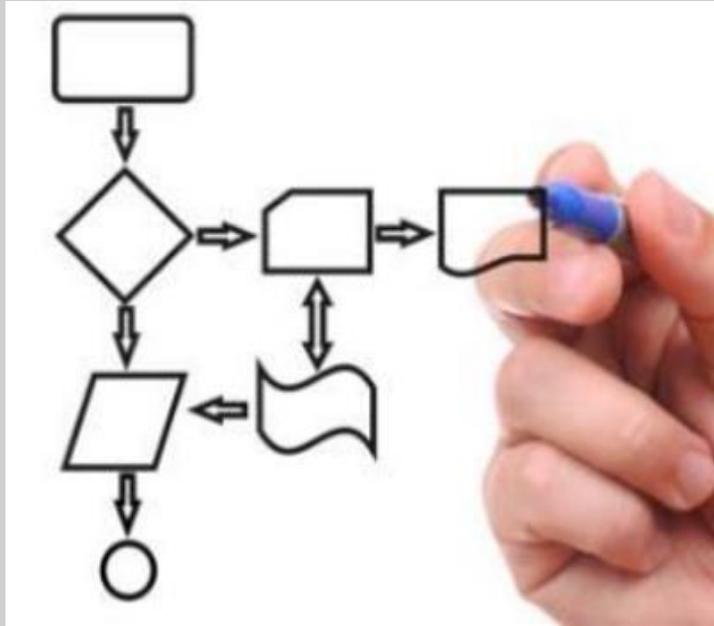
# SOMMAIRE

- **Présentation du projet Hit2020 et dead-line**
- **Présentation du nouveau formulaire d'admission.**
- **Codes CHOP**
- **Utilisation de Docbox pour les cabinets**

## Processus

## Système

## Organisation



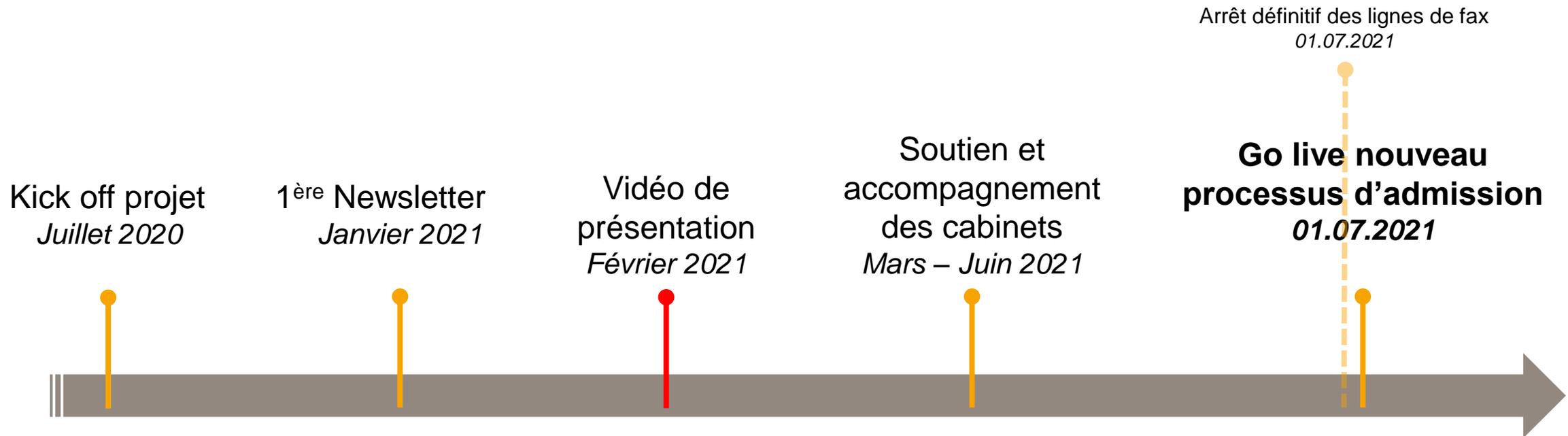
Uniformisation,  
Automatisation des procédures

Standardisation des systèmes IT  
pour l'ensemble du groupe

Standardisation des organisations  
pour l'ensemble du groupe

Principaux processus concernés : administration des patients, achats et logistiques, ressources humaines, facturation, controlling, IT.

# TIME LINE



# **ADMISSIONS DES PATIENTS FORMULAIRE ET CONTENU**

# UTILITÉ DU FORMULAIRE DE RÉSERVATION

- **C'est la demande** du médecin pour traiter / hospitaliser / opérer un patient dans une clinique (stationnaire/ambulatoire)
- Base pour :
  - La création de cas dans le système informatique
  - La prise de contact et convocation du patient
  - La détermination des données nécessaires au traitement du patient
- Les informations servent en outre à la **préparation de l'opération** (préparation du matériel, etc.), à la **demande de garantie de prise en charge**, à la détermination du **DRG** (pilotage de la durée de séjour) et à la rémunération des médecins et de la clinique (≠ entre BC et CC).
- En tant que formulaire d'admission, **ce document ne nécessite pas de signature.**



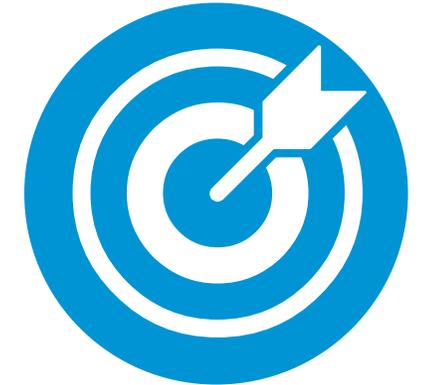
# NOUVEAU FORMULAIRE DE RÉSERVATION

- Il existe encore une 20 aine de formulaire différent
- Différents contenus et formats
- Différents modes de remplissage (à la main, à l'ordinateur ou mixe)
- Différents modes de communication (fax, courrier, e-mail, en personne)

→ **NÉCESSITÉ DE STANDARDISATION, ÉVITER LES ERREURS**

- Volonté de standardiser le contenu (et la forme) sur l'ensemble du groupe.
- Prise en compte de toutes les exigences, ex : logistiques, administratives, légales.
- Suppression de contenus non adaptés.
- Distinction entre les accouchées et les « autres » patients.
- Suppression des lignes de fax, utilisation de la plateforme Docbox ou d'une adresse mail unique pour les PDF.

→ **CRÉATION DE 2 TYPES DE FORMULAIRE DE RÉSERVATION.**



# NOUVEAU FORMULAIRE DE RÉSERVATION

## ADMISSION

Clinique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Étiquette du patient ou

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

## HIRSLANDEN



BC\_33\_Pat.admin - Entrée



ST\_4-Armeidung

---

### INFORMATIONS CONCERNANT LE PATIENT

Nom _____	Prénom _____	Date de naissance _____	Nom/prénom des parents (pour les mineurs) _____
Téléphone mobile _____	Téléphone privé _____	Téléphone professionnel _____	E-mail _____
Rue / numéro _____	Code postal / localité _____	Pays _____	Nationalité _____
Sexe <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> inconnu	N° AVS _____	Correspondance <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I	
Provenance de <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Soins à domicile <input type="checkbox"/> EMS <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Psychiatrie <input type="checkbox"/> Autre hôpital <input type="checkbox"/> Institution carcérale <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Inconnu			
Réadaptation/cure prévue après la sortie		<input type="checkbox"/> Organiser case management <input type="checkbox"/> Lieu souhaité _____	
Admission pour <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Accident	Type de cas <input type="checkbox"/> Stationnaire <input type="checkbox"/> Ambulatoire	<input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/> Assurance de base	<input type="checkbox"/> Chambre individuelle <input type="checkbox"/> Chambre à plusieurs lits <input type="checkbox"/> Payer direct <input type="checkbox"/> Supplément confort
<input type="checkbox"/> Transfert < 24 h <input type="checkbox"/> Division commune Suisse entière			
Assurance de base LAMal		Numéro d'assuré(e) _____	
Assurance complémentaire LCA		Numéro d'assuré(e) _____	
Assurance de base LAA/AI/AM		N° de sinistre/N° de décision _____	Date de l'accident _____
Assurance complémentaire accident		N° de sinistre _____	Nom de l'employeur _____
Cabinet du médecin accrédité procédant à l'inscription		Date _____	

---

### Admission et opération

Date d'admission: \_\_\_\_\_ Heure: \_\_\_\_\_  La veille

Date d'opération \_\_\_\_\_ Heure d'opération \_\_\_\_\_

Opérateur \_\_\_\_\_ Assistant \_\_\_\_\_ À jeun  oui  non

---

### DONNÉES MÉDICALES / CHIRURGICALES

CIM-10 GM _____	Diagnostic d'admission _____
CIM-10 GM _____	Diagnostiques annexes <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> bilat.
_____	<input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> bilat.
_____	<input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> bilat.

---

### OPÉRATION/TRAITEMENT

CHOP _____	Traitement / thérapie _____
_____	<input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> bilat.
_____	<input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> bilat.
_____	<input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> bilat.
_____	<input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> bilat.

Particularités (implants, appareils spéciaux, etc.) \_\_\_\_\_

---

### Positionnement

Décubitus dorsal  Décubitus latéral gauche  Décubitus latéral droit  Décubitus ventral  Position gynécologique  Position semlassise  Position assise  \_\_\_\_\_

---

### Appareils

RL  IORT  POLESTAR  Da Vinci  Cell Saver

Amplificateur de brillance  Microscope  Tour  Laser  Neuronavigation

Patho/extemporané \_\_\_\_\_

---

### Salle

LCC  Hybride  Examen électro physiologique  NeuroSuite  Centre ambulatoire

---

### Forme d'anesthésie:

Séjour postopératoire:  Anesthésie générale/partielle  Anesthésie locale  Sédation analgésie  non  oui  IMC: \_\_\_\_\_

## ADMISSION

Clinique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Étiquette du patient ou

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

## HIRSLANDEN



BC\_33\_Pat.admin - Entrée



ST\_4-Armeidung

---

Consultation d'anesthésie:  Admission la veille (prémédication en unité de lits)  Consultation en anesthésie facultative  Admission à jeun:  Consultation ambulatoire  Consultation téléphonique (ASA 1+2, risque de la chirurgie s.B, dispose d'un accès Internet, parle français)

---

Prise en charge en médecine interne  oui (interne/MES)  autre  non  
 En particulier pour: pneumopathie / cardiopathie limitante; insuffisance rénale au moins moyenne; diabète traité par insuline; anticoagulation orale; cirrhose hépatique; anorexie; obésité > degré 2

---

Examens préopératoires nécessaires  non  oui, par \_\_\_\_\_

---

Maladies nécessitant un isolement	Allergies
_____	_____

---

Hospitalisation à l'étranger dans les 3 mois précédant l'admission  Si oui, où \_\_\_\_\_

Taille \_\_\_\_\_ cm Poids \_\_\_\_\_ kg IMC \_\_\_\_\_  Témoin de Jéhova

Examens souhaités après admission \_\_\_\_\_

Demandes particulières / remarques (handicaps, etc.) \_\_\_\_\_

Médecin prenant part au traitement (MCC) \_\_\_\_\_ Médecin référent \_\_\_\_\_

Médecin de famille \_\_\_\_\_ Auto-référent

---

### Diagnostiques annexes pertinents pour le codage

cardiologie <input type="checkbox"/> I50.19 Insuffisance ventriculaire gauche <input type="checkbox"/> I50.01 Insuffisance cardiaque globale / droite <input type="checkbox"/> I11.90 Cardiopathie hypertensive <input type="checkbox"/> I20.8 Angine de poitrine <input type="checkbox"/> I25.19 Cardiopathie artérioscléreuse <input type="checkbox"/> I42.9 Cardiomyopathie <input type="checkbox"/> I35.0 Sténose aortique <input type="checkbox"/> I35.1 Insuffisance aortique <input type="checkbox"/> I34.0 Insuffisance mitrale <input type="checkbox"/> I44.2 Bloc A-V Néphrologie <input type="checkbox"/> N18.9 Insuffisance rénale chronique <input type="checkbox"/> Z99.2 Dialysé au long cours Angiologie <input type="checkbox"/> I80.9 Thrombose, phlébite <input type="checkbox"/> I83.0 Varices avec ulcères <input type="checkbox"/> I70.23 Athérosclérose des artères distales <input type="checkbox"/> I71.9 Anévrisme de l'aorte	pneumologie <input type="checkbox"/> J44.9 BPCO <input type="checkbox"/> J47 Bronchectasie <input type="checkbox"/> J81 Edème pulmonaire <input type="checkbox"/> J90 Épanchement pleural <input type="checkbox"/> J93 Pneumothorax <input type="checkbox"/> I26.9 Embolie pulmonaire Neurologie <input type="checkbox"/> F00.9 Démence de la maladie d'Alzheimer <input type="checkbox"/> G20.90 Syndrome de Parkinson primaire <input type="checkbox"/> G81.9 G81.9 Hémiplégie / Hémiplégie <input type="checkbox"/> I63.9 Infarctus cérébral <input type="checkbox"/> I67.10 Anévrisme cérébral <input type="checkbox"/> I66.9 Obstruction / sténose artère cérébrale <input type="checkbox"/> C80 Tumeur maligne / carcinome <input type="checkbox"/> C79.88 Métastases <input type="checkbox"/> D63 Anémie tumorale <input type="checkbox"/> R64 Cachexie <input type="checkbox"/> D81.10 Aplasie médullaire médicamenteuse due à un traitement cytostatique	endocrinologie <input type="checkbox"/> E10.90 Diabète sucré, Type 1 <input type="checkbox"/> E11.90 Diabète sucré, Type 2 <input type="checkbox"/> E66.99 Obésité <input type="checkbox"/> E05.9 Hyperthyroïdie <input type="checkbox"/> E46 Dénutrition <input type="checkbox"/> E87.6 Hypokaliémie <input type="checkbox"/> E20.9 Hyperparathyroïdie <input type="checkbox"/> E53.8 Déficit en vitamine B-12 <input type="checkbox"/> E24.9 Syndrome de Cushing Diagnostiques pour les soins <input type="checkbox"/> L89.99 Escarre <input type="checkbox"/> R15 Incontinence fécale <input type="checkbox"/> R32 Incontinence urinaire <input type="checkbox"/> R47.0 Dysphasie / Aphasie <input type="checkbox"/> Z21 HIV <input type="checkbox"/> Z22.3 / U80.4 ESBL <input type="checkbox"/> Z22.3 / U80.0.0 MRSA
---	---	--

# NOUVEAU FORMULAIRE ACCOUCHEMENT

**HIRSLANDEN** 

## ADMISSION POUR ACCOUCHEMENT

Clinique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Étiquette du patient ou**

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

  
BC - 2 Patients/adm. - Empl.

  
ST 4 - Anneliane

### 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		

Admission de <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
Admission pour <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/> Chambre individuelle <input type="checkbox"/> Payeur direct
<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 <input type="checkbox"/> Chambre à plusieurs lits <input type="checkbox"/> Supplément confort générale <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 de 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 Diabète sucré préexistant, type V2

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 rhéus  oui  non Date de la dernière prophylaxie rhéus: \_\_\_\_\_

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 précédant à l'inscription \_\_\_\_\_

851147 - 02/03 - Version P-04\_02

# POURQUOI UTILISER DES CODES CHOP ?

## Les codes servent à :

- Identifier automatiquement les séjours concernés par la liste ambulatoire.
- Calcul du DRG pour la facturation et la durée du séjour cible.
- Informations sur la garantie de prise en charge (= justification du traitement stationnaire).
- Identifier le matériel nécessaire pour l'intervention.

## Condition d'utilisation des codes CHOP

- Utiliser des codes / combinaisons de codes
- Possibilité d'utiliser du texte libre uniquement pour compléter le code en question

# CODES CHOP ET NOMENCLATURE

Listes personnalisées sur demande

Behandelnder Arzt Bezeichnung	Z
<b>Étiquettes de lignes</b>	<b>Anzahl von F ICD + Code</b>
<b>M80.98 Ostéoporose avec fracture pathologique Ostéoporose avec fracture pathologique, sans précision Autres</b>	<b>8</b>
7A.44.11 Cyphoplastie, 1 corps vertébral	3
7A.43.13 Vertébroplastie, 3 corps vertébraux	2
7A.43.12 Vertébroplastie, 2 corps vertébraux	2
7A.43.11 Vertébroplastie, 1 corps vertébral	1
<b>S22.06 Fracture de côte(s), du sternum et du rachis dorsal Fracture d'une vertèbre dorsale D11 et D12</b>	<b>6</b>
7A.44.11 Cyphoplastie, 1 corps vertébral	5
7A.43.11 Vertébroplastie, 1 corps vertébral	1
<b>M84.28 Anomalie de la continuité osseuse Retard de consolidation d'une fracture Autres</b>	<b>3</b>
7A.43.11 Vertébroplastie, 1 corps vertébral	1
7A.44.11 Cyphoplastie, 1 corps vertébral	1
7A.43.13 Vertébroplastie, 3 corps vertébraux	1
<b>M48.56 Autres spondylopathies Tassement vertébral, non classé ailleurs Région lombaire</b>	<b>3</b>
7A.43.11 Vertébroplastie, 1 corps vertébral	2
7A.43.12 Vertébroplastie, 2 corps vertébraux	1
<b>S32.01 Fracture du rachis lombaire et du bassin Fracture d'une vertèbre lombaire L1</b>	<b>3</b>
7A.44.11 Cyphoplastie, 1 corps vertébral	3
<b>I72.8 Autres anévrismes et autres dissections Anévrisme et dissection d'autres artères précisées</b>	<b>2</b>
39.79.25 Embolisation ou occlusion par coils, vaisseaux viscéraux	2
<b>S22.05 Fracture de côte(s), du sternum et du rachis dorsal Fracture d'une vertèbre dorsale D9 et D10</b>	<b>2</b>
7A.44.11 Cyphoplastie, 1 corps vertébral	1
7A.43.11 Vertébroplastie, 1 corps vertébral	1
<b>I77.1 Autres atteintes des artères et artérioles Sténose d'une artère</b>	<b>2</b>
88.42.10 Artériographie des membres supérieurs et de l'aorte thoracique	1
39.50.11 Angioplastie ou athérectomie d'autre(s) vaisseau(x) non-coronaire(s) par ballonnet simple	1
<b>T82.3 Complications de prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires Complication mécanique d'autres greffes vasculaires</b>	<b>2</b>
39.50.11 Angioplastie ou athérectomie d'autre(s) vaisseau(x) non-coronaire(s) par ballonnet simple	1
39.29.12 Shunt ou pontage vasculaire fémoro-poplité	1
<b>M84.18 Anomalie de la continuité osseuse Fracture non consolidée [pseudarthrose] Autres</b>	<b>2</b>
7A.44.11 Cyphoplastie, 1 corps vertébral	1
7A.43.12 Vertébroplastie, 2 corps vertébraux	1
<b>M48.54 Autres spondylopathies Tassement vertébral, non classé ailleurs Région dorsale</b>	<b>2</b>
7A.43.12 Vertébroplastie, 2 corps vertébraux	1
7A.43.11 Vertébroplastie, 1 corps vertébral	1

# CODES CHOP ET NOMENCLATURE

Outil d'aide consultable sur le réseau de la clinique ou sur le réseau professionnel de Hirslanden :  
[http://chrzapp6061.eu.hcnet.biz:8000/sap/bc/ui5\\_ui5/sap/zchopcodesearch/index.html](http://chrzapp6061.eu.hcnet.biz:8000/sap/bc/ui5_ui5/sap/zchopcodesearch/index.html)

Disponible sur Lausanne en français à partir de mi juillet 2021

Suchkriterien

Arzt Suche :*	<input type="text" value="348820"/>	
Arzt Name : Z	<input type="text" value="██████████"/>	
Fachgebiet :	<input type="text" value="04 Gynäkologie"/>	
Klinik :	<input type="text" value="Klinik Hirslanden"/>	
Eingriffsbezeichnung :*	<input type="text" value="Sectio caesarea"/>	 
Leistungscode des Eingriffs :*	<input type="text" value="4.1.1.2"/>	 

CHOP Code(s) zum Leistungscode:

 Suche leeren  CHOP Codes suchen

CHOP-Code 1 :	<input type="text" value="74.0X.00"/>		Klassische Sectio caesarea, n.n.bez.
CHOP-Code 2 :	<input type="text"/>		
CHOP-Code 3 :	<input type="text"/>		

# CODES CHOP ET NOMENCLATURE

Catalogue officiel

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/nomenclatures/medkk/instruments-codage-medical.html>

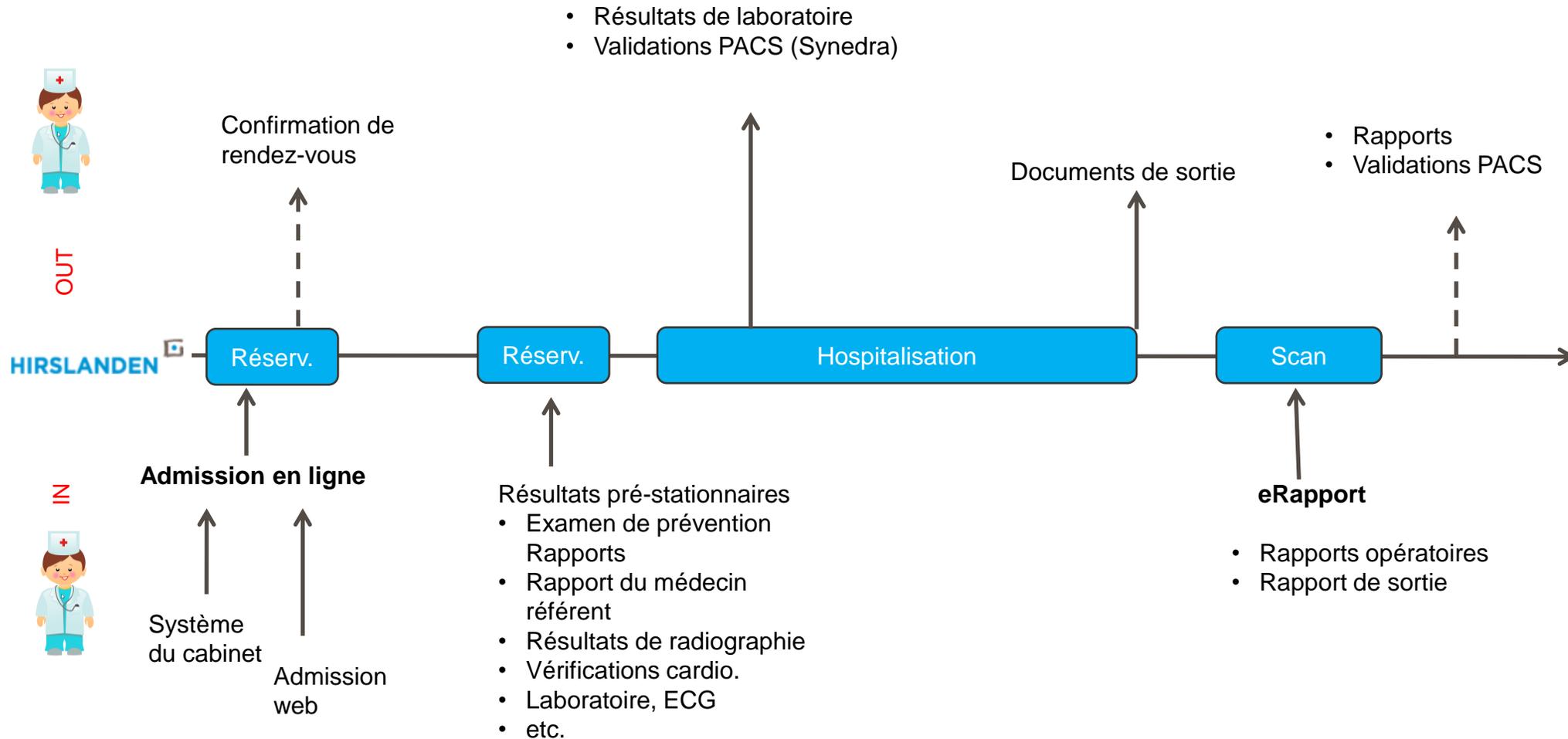
## 2021

- › Manuel de codage
- › CHOP
- › CIM-10-GM
- › Circulaires et communications officielles

Doc Box

# **ADMISSION DES PATIENTS SAISIE ÉLECTRONIQUE ET TRANSMISSION DOCBOX**

# ADMISSION DES PATIENTS ET ÉCHANGE DE DOCUMENTS DOCBOX



# ENVOYER L'ADMISSION EN LIGNE DOCBOX À PARTIR DU SIC

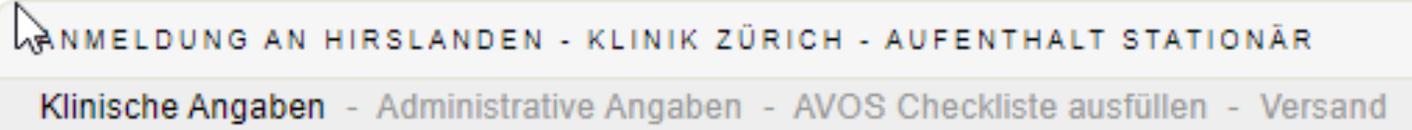


Accueil / Demande d'admission / Demande d'admission

Demande d'admission

- Accueil
- Mes données
- actualités
- docTrans
- Documents
- Consultation de dossier
- Mon patient
- Who Is Who
- Demande d'admission**
- Modèles centraux
- Präoperative Abklärung
- Répertoire des délégués
- Fixer des rendez-vous patients
- docInfo (annonce)

Hirslanden - Bern Test	<b>HIRSLANDEN</b> 	★
Hirslanden - Clinique Bois-Cerf TEST	<b>HIRSLANDEN</b> 	★
Hirslanden - Clinique Cecil TEST	<b>HIRSLANDEN</b> 	★
Hirslanden - Klinik im Park TEST	<b>HIRSLANDEN</b> 	★
Hirslanden - Klinik Meggen TEST	<b>HIRSLANDEN</b> 	★
Hirslanden - Klinik St. Anna TEST	<b>HIRSLANDEN</b> 	★
Hirslanden - Klinik Stephanshorn TEST	<b>HIRSLANDEN</b> 	★



- 1** Informations cliniques concernant le patient et le séjour prévu (salle d'opération, etc.)
- 2** Données administratives concernant le patient et transmissions d'autres rapports (médecin référent, laboratoire, etc.)
- 3** Check-list ambulatoire : si nécessaire, renseigner les justificatifs d'hospitalisation pour les codes CHOP définis par les cantons ou l'OFSP pour la liste ambulatoire.
- 4** Envoi : synthèse de toutes les informations saisies et envoi à la clinique.

ADMISSION POUR HIRSLANDEN - CLINIQUE CECIL TEST - ADMISSION D'HÔPITAL HIT

Données cliniques - Données administratives - AVOS Checkliste ausfüllen - Envoi



Données médicales/chirurgicales

Diagnostic d'admission:\*   Commentaires additionnels

Diagnostic d'entrée latéral:

Diagnosics complémentaires: 

- E66.99 Obesitas
- E66.29 Obesitas-Hypoventilationssyndrom [OHS]
- E66.99 obésité, sans précision
- E66.82 Adiposité massive
- E68 Troubles liés à l'adiposité
- E65 adiposité localisée**
- E66.09 Obésité due à un excès calorique:

Fonction de recherche pour les codes diagnostics (ICD10) et les codes procédures/traitements (Codes Chop).

## Utilisation de modèles :

VORLAGEN	
Vorlagenname	Spital/Leistung
AA_Korrekturformular	Hirslanden Klinik Aarau (Aufenthalt Stationär) - Korrekturen & Ergänzungen
CT Knie	Hirslanden - AndreasKlinik Cham (Radiologie) - Alt_CT
CT Knie2	Hirslanden - AndreasKlinik Cham (Radiologie) - Alt_CT
Gyn_Geburt	Hirslanden Klinik Aarau (Aufenthalt Stationär) - Anmeldeformular
Gyn_Sectio	Hirslanden Klinik Aarau (Aufenthalt Stationär) - Anmeldeformular
HI_Geburt_Manuell	Hirslanden - Klinik Zürich (Aufenthalt Stationär) - 02 Anmeldung zur Geburt
HI_Hüft-TP	Hirslanden - Klinik Zürich (Aufenthalt Stationär) - 01 OP-Anmeldung
Ortho_Hüft-TP	Hirslanden Klinik Aarau (Aufenthalt Stationär) - Anmeldeformular
Ortho_Knie-TP	Hirslanden Klinik Aarau (Aufenthalt Stationär) - Anmeldeformular

Utiles pour les opérations fréquentes d'un chirurgien.

# MERCI BEAUCOUP

**MARC BESSY**

PERFORMANCE MANAGER  
CLINIQUE CECIL  
021 310 50 77

**MARZENA FAVRE**

PERFORMANCE MANAGER  
CLINIQUE BOIS-CERF  
021 619 68 20