



ADMISSION POUR ACCOUCHEMENT

HIRSLANDEN CLINIQUE DES TILLEULS
ADMISSION DES PATIENTS
CRÊT-DES-FLEURS 105
CH-2501 BIENNE
T +41 32 366 43 36, F +41 32 366 42 64
MAIL: ADMISSION.DESTILLEULS@HIRSLANDEN.CH

Par voie basse Césarienne voie basse à césarienne Date

INFORMATIONS CONCERNANT LE PATIENT

Nom	Prénom	Date de naissance	Nom/prénom respres. légales (pour les mineurs)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone 1	Téléphone 2	Téléphone professionnel	E-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rue/numéro	Code postale/Lieu	Pays	Nationalité/Lieu d'origine
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° AVS ou AS	Correspondance <input type="checkbox"/> DE <input type="checkbox"/> FR <input type="checkbox"/> IT <input type="checkbox"/> EN	État civil	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Admission de domicile ambulatoire ambulatoire (assurance complémentaire) autres

Admission pour	Type de cas	Classe	Surclassement (prix par séjour)
<input type="checkbox"/> Maternité	<input type="checkbox"/> stationnaire <input type="checkbox"/> ambulatoire <input type="checkbox"/> Payeur direct	<input type="checkbox"/> Division commune AOS <input type="checkbox"/> Div. commune CH entière <input type="checkbox"/> Semi-privée <input type="checkbox"/> Privée	<input type="checkbox"/> De division commune en Hirslanden Préférence CHF 1500.00 <input type="checkbox"/> De division commune en Hirslanden Privé CHF 2000.00 <input type="checkbox"/> De division semi-privée en Hirslanden Privé CHF 1000.00

Assurance de base (nom caisse)	N° de police/d'assuré(e)	N° de carte d'assuré(e) (20 caractères)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Assurance complémentaire (nom)	N° de police/d'assuré(e)	N° de carte d'assuré(e) (20 caractères)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Date d'admission	Durée du séjour (en nuitées)	dernières règles	Date corrigée (d'après l'échographie)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SAFT¹

Césarienne Date de l'opération Obstétricien Assistant

DONNÉES MÉDICALES / CHIRURGICALES

Naissance ICD10 O80 CHOP 73.59 Césarienne ICD10 O82 CHOP 74.1 ICD10 CHOP

Facteurs de risque pertinents pour l'anesthésie

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

-- en cas de risque --> consultation d'anesthésie T +41 32 366 43 82

Facteurs de risques/particularités liées à la grossesse/antécédents obstétricaux:	Diagnostics annexes pertinents pour le codage
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> aucun
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> O24.4 Diabète sucré survenant au cours de la grossesse
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> O24.0/O24.1 Diabètes sucré préexistant, type 1/2

Maladies gynécologiques	<input type="checkbox"/> O13 Hypertension gestationnelle
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> O10 Hypertension préexistante
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> O41.0 Oligoamnios

Résultats de laboratoire

Tout résultat et les antécédents de grossesse encore en suspens au moment de l'enregistrement doivent être envoyés directement à la sage-femme avant la naissance (geburttenabteilung.linde@hirslanden.ch)

Médecin de famille² **Médecin référent**³

pas de médecin de famille **Médecin prenant part au traitement**⁴

Date **Médecin traitant** (Médecin accrédité/médecin salarié)

¹SAFT: Nombre de grossesses, avortement, accouchement prématuré, accouchement à terme

²Médecin de famille: médecin référant ou non

³Médecin qui adresse le cas au médecin traitant (= médecin accrédité ou médecin salarié)

⁴ Médecin accrédité ou salarié qui prend par au traitement

ENVOYER