

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

PATIENT	ASSURANCE - GARANT
Nom : Prénom : Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Date de naissance : Adresse - rue : - npa : - ville : - pays : Tél. privé : Tél. mobile :	Nom : Numéro LAA/M : Numéro LAMal : Numéro AVS : Classe : <input type="checkbox"/> Commun <input type="checkbox"/> Mi-Privé <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/> Devis <input type="checkbox"/> Autre Type d'entrée : <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Accident

DEMANDE D'EXAMEN/INTERVENTION ET SUIVI

Médecin traitant :
Médecin adressant la demande :
Médecin faisant l'examen : Choisir dans la liste
Médecin qui suit post-examen :

INFORMATIONS SUR L'EXAMEN/INTERVENTION

TYPE D'EXAMEN/INTERVENTION DEMANDÉ(E)	EXPLICATION DE LA DEMANDE
<input type="checkbox"/> CT-Scanner : <input type="checkbox"/> CT-Interventionnel : <input type="checkbox"/> US : <input type="checkbox"/> RX :	

INFORMATIONS CLINIQUES	INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES
	<input type="checkbox"/> Allergie : <input type="checkbox"/> Diabète : <input type="checkbox"/> Grossesse : <input type="checkbox"/> Implant : <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale : <input type="checkbox"/> Créatinémie : <input type="checkbox"/> Autre(s) :

EXAMEN PERTINENT PRÉCÉDENT RELATIF A LA DEMANDE

CT US RMN Inconnu Autre(s) :

ANESTHÉSIE

PRÉSENCE	CONSULTATION
<input type="checkbox"/> Présence d'infirmières anesthésistes <input type="checkbox"/> Présence du médecin anesthésiste	<input type="checkbox"/> Patient à voir en consultation pré-anesthésique

INFORMATIONS IMPORTANTES RELATIVES AU PATIENT



INFECTION	TRAITEMENT EN COURS
<input type="checkbox"/> Bactérienne : <input type="checkbox"/> Infection virale :	

AUTRES INFORMATIONS

Sortir ancien dossier :

Date souhaitée de l'examen :

A remplir par le Bureau de Gestion des Flux de Patients (BGFP) de la Clinique de Valère

Demande acceptée Nouvelle proposition de date d'examen/intervention* :

* Afin de garantir la bonne prise en charge de votre patient et pour des raisons d'organisation interne (manque de lits, problème de matériel, dépassement du temps opératoire), nous vous proposons une nouvelle date d'examen/intervention. Nous vous remercions de votre compréhension.

Le patient est convoqué en consultation pré-anesthésique le : à :

Le patient est convoqué pour l'examen/intervention le : à :

Date :

Signature :