

ADMISSION

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

HIRSLANDEN
KLINIK LINDE
CLINIQUE DES TILLEULS

INFORMATIONS CONCERNANT LE PATIENT

Nom *	Prénom *	Date de naissance *	Nom / prénom représ. légales (pour les mineurs)
Rue / numéro *	Code postale *	Lieu *	Pays
Téléphone *	Téléphone	Téléphone	E-mail
N° AVS ou AS *	Correspondance * O D O F O I O E	Sexe * État civil	Nationalité / Lieu d'origine

Type de cas *	<input type="radio"/> Stationnaire	<input type="radio"/> Stationnaire (avec critères d'exclusion pour l'ambulatoire) ¹	<input type="radio"/> Ambulatoire	<input type="radio"/> Ambulatoire (assurance complémentaire)
Spécialité	<input type="checkbox"/> Chiallg <input type="checkbox"/> Chineuro <input type="checkbox"/> Gynallg	<input type="checkbox"/> Chihand <input type="checkbox"/> PTA <input type="checkbox"/> Autres:	<input type="checkbox"/> Chiortho <input type="checkbox"/> Medinnere	<input type="checkbox"/> Chiurolo <input type="checkbox"/> Medgastro <input type="checkbox"/> Chiothorhin <input type="checkbox"/> Medonko
Provenance de *	<input type="radio"/> Domicile <input type="radio"/> Autres:	<input type="radio"/> EMS	<input type="radio"/> Psychiatrie	<input type="radio"/> Autre hôpital <input type="radio"/> Institution carcérale

Réadaptation/cure prévue après la sortie * Aucune Organiser case mgmt. Lieu souhaité:

Admission pour *	Classe *	Surclassement
<input type="radio"/> Maladie <input type="radio"/> Accident <input type="radio"/> AI <input type="radio"/> UKS	<input type="radio"/> Payeur direct <input type="radio"/> Prestation pas prise en charge <input type="radio"/> Prestation en partie prise en charge	<input type="radio"/> Division commune AOS <input type="radio"/> Div. commune en charge CH entière <input type="radio"/> Semi-privée <input type="radio"/> Privée
		<input type="radio"/> De division commune en Hirslanden Préférence CHF 350.00 p./n. <input type="radio"/> De division commune en Hirslanden Privé CHF 550.00 p./n. <input type="radio"/> De division semi-privée en Hirslanden Privé CHF 200.00 p./n.

Assurance de base (Nom caisse)	N° de police / d'assuré(e)	N° de carte d'assuré(e) (20 caractères)
Assurance complémentaire (Nom)	N° de police / d'assuré(e)	N° de carte d'assuré(e) (20 caractères)
Ass. LAA / AI / AM (Nom)	N° Ass. LAA / AI / AM	Date de l'accident
Nom de l'employeur		

Date d'admission * **Durée du séjour (en nuitées) ***

Date d'opération	Durée de l'opération (en min, de l'incision à la suture)	Opérateur	Assistant 1 Assistant 2
------------------	--	-----------	----------------------------

DONNÉES MÉDICALES / CHIRURGICALES *

CIM-10 GM *	Diagnostic d'admission *	<input type="radio"/> récidive <input type="radio"/> gauche <input type="radio"/> droite <input type="radio"/> bilat.
CIM-10 GM	Diagnostics annexes	<input type="radio"/> gauche <input type="radio"/> droite <input type="radio"/> bilat. <input type="radio"/> gauche <input type="radio"/> droite <input type="radio"/> bilat.

OPÉRATION / TRAITEMENT

<input type="radio"/> Sans opération <input type="radio"/> PTA <input type="radio"/> Gastro-/endoscopie <input type="radio"/> Bronchoscopie <input type="radio"/> Autre:	
CHOP	Traitement / thérapie
	<input type="radio"/> gauche <input type="radio"/> droite <input type="radio"/> bilat. <input type="radio"/> gauche <input type="radio"/> droite <input type="radio"/> bilat. <input type="radio"/> gauche <input type="radio"/> droite <input type="radio"/> bilat. <input type="radio"/> gauche <input type="radio"/> droite <input type="radio"/> bilat.

Extemporané Oui Non

Particularités (implants, appareils spéciaux, etc.)

¹ Feuille supplémentaire critères d'exclusion (comme sous-catégorie, le cas échéant)

² Seulement hernies

PATIENT

Nom *
Prénom *
Date de naissance *

Positionnement

Décubitus dorsal Décubitus ventral SSL Beach Chair LDP Extension Ortho/Traum Extension main

Demi décubitus latéral Droit Gauche

Décubitus latéral Droit Gauche Autres:

Anesthésie

Anesthésie générale / partielle Sédoanalgésie / MAC
 Prophylaxie antibiotique Après schéma Hirslanden Aucune Autres:
Séjour postopératoire, nuitée IMC Oui Non

Consultation d'anesthésie

Admission à jeûn: Au patient approprié pour la consultation d'anesthésie tél. (ASA 1/2, risque opératoire A mod., parle F ou A)
--> Si l'ensemble des critères n'est pas rempli, le pat. sera convoqué pour la consultation d'anesthésie habituelle
 Admission la veille: Pré-médication en règle générale la veille à la station. Dans les cas où une évaluation pré-opératoire doit s'avérer nécessaire, le patient sera convoqué au préalable pour la consultation d'anesthésie.

Examens pré-opératoires indis. selon le schéma de l'anesthésie? Non Oui par

Maladies nécessitant un isolement * Non VRE MRSA Autres:

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

Allergies

Taille cm Poids kg IMC Anticoagulation Témoin de Jéhova

Examens souhaités après admission

Demandes particulières / remarques (handicaps etc.)

Médecin de famille *³

Pas de médecin de famille

Médecin référent *⁴

Médecin prenant part au traitement *⁵

Diagnostics annexes pertinents pour le codage

Pas de diagnostics annexes pertinents pour le codage

Cardiologie

- I50.19 Insuffisance ventriculaire gauche
- I50.01 Insuffisance cardiaque globale/droite
- I11.90 Cardiopathie hypertensive
- I20.8 Angine de poitrine
- I25.19 Cardiopathie artérioscléreuse
- I48.11 Fibrillation auriculaire chronique
- I42.9 Cardiomyopathie
- I35.0 Sténose aortique
- I35.1 Insuffisance aortique
- I34.0 Insuffisance mitrale
- I44.2 Bloc A-V

Néphrologie

- N18.9 Insuffisance rénale chronique
- Z99.2 Dialysé au long cours

Angiologie

- I80.9 Thrombose, phlébite
- I83.0 Varices avec ulcères
- I70.23 Athérosclérose des artères distales
- I71.9 Anévrisme de l'aorte

Pneumologie

- J44.9 BPCO
- J47 Bronchectasie
- J81 OEdème pulmonaire
- J90 Épanchement pleural
- J93 Pneumothorax
- I26.9 Embolie pulmonaire

Neurologie

- F00.9 Démence de la maladie d'Alzheimer
- G20.90 Syndrome de Parkinson primaire
- G81.9 Hémiparésie / Hémiplégie
- I63.9 Infarctus cérébral
- I67.10 Anévrisme cérébral
- I66.9 Obstruction / sténose artère cérébrale

Oncologie

- C80 Tumeur maligne/carcinome
- C79.88 Métastases
- D63 Anémie tumorale
- R64 Cachexie
- D61.10 Aplasie médullaire médicamenteuse due à un traitement cytotatique

Endocrinologie

- E10.90 Diabète sucré, Type 1
- E11.90 Diabète sucré, Type 2
- E66.99 Obésité
- E05.9 Hyperthyroïdie
- E46 Dénutrition
- E87.6 Hypokaliémie
- E20.9 Hyperparathyroïdie
- E53.8 Déficit en vitamine B-12
- E24.9 Syndrome de Cushing

Diagnostics pour les soins

- L89.99 Escarre
- R15 Incontinence fécale
- R32 Incontinence urinaire
- R47.0 Dysphasie / Aphasie
- Z21 HIV
- Z22.3 / U80.4 ESBL
- Z22.3 / U80.00 MRSA

Date *

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

GLN

ZSR

Mail

Transmission électronique

Utilisez le bouton «Envoyer» pour envoyer le formulaire directement et en toute sécurité à la Hirslanden Klinik Linde

³ Médecin de famille: médecin référent ou non

⁵ Médecin accrédité ou salarié qui prend par au traitement

⁴ Médecin qui adresse le cas au médecin traitant (= médecin accrédité ou médecin salarié)

* Champ obligatoire