



## DEMANDE D'HOSPITALISATION EN CARDIOLOGIE

FAX 021/314 94 40

### COORDONNÉES DU PATIENT OU ETIQUETTE

Nom : Prénom : Date de naissance :  
Adresse : Téléphone :

MOTIF DÉLAI SOUHAITÉ : 1 SEM  1 MOIS  > 1 MOIS  AL  AG

### EXAMENS À PRÉVOIR

Echo TT  Echo TEE  Ergométrie  IRM  CT Scan  PET-Scan  Cathétérisme G/D   
Biopsie  EEP  Contrôle PM/ICD  Coro

Autres :

Patient extra-cantonal oui  non  Si oui, joindre le formulaire de garantie

### OPÉRATEUR

Nom /Prénom : Disponibilité :  
Durée prévue intervention :

### TYPE DE SÉJOUR

HDJ  HOSP  Privé  Mi-privé  Commune  Durée prévue :

INFORMATIONS PATIENT cf. SOARIAN  cf. DOCUMENTS JOINTS  cf. COURRIER

### MÉDICAMENTS À STOPPER AVANT L'INTERVENTION : OUI NON

Si oui :	Médicament Nom	Dernière prise avant intervention	Substitution par
Anticoagulants <input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
Antiarythmiques <input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
Antidiabétiques <input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
Bétabloquant <input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
Antiagrégant <input type="checkbox"/>	.....	.....	.....

### Autres informations

ALLERGIE(S) : non  oui  Si oui, laquelle :  
INSUFFISANCE RÉNALE : non  oui  Si oui, valeur de créatinine : Dialyse   
DIABÈTE : non  oui  Si oui, insulino-requérant  AD oraux   
ISOLEMENT : MRSA  ESBL  Autre

LABORATOIRE : SERA TRANSMIS PAR FAX / COURRIER  CF. SOARIAN

### MÉDECIN DEMANDEUR

Nom :  
Adresse : Téléphone :  
Lieu, date :  
Timbre / Signature :