



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 <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Si oui, laquelle :
INSUFFISANCE RÉNALE :	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Si oui, valeur de créatinine : Dialyse <input type="checkbox"/>
DIABÈTE :	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Si oui, insulino-requérant <input type="checkbox"/> AD oraux <input type="checkbox"/>
ISOLEMENT :	MRSA <input type="checkbox"/>	ESBL <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>

LABORATOIRE : SERA TRANSMIS PAR FAX / COURRIER **CF. SOARIAN**

MÉDECIN DEMANDEUR

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Lieu, date :

Timbre / Signature :