

ADMISSION AMBULATOIRE A1



AMT0007 * Feuille d'admission ou de pré-admission

Nom : _____ Masculin ☐ Féminin ☐
Prénom : _____
Date de naissance : _____ / _____ / _____ (Jour/Mois/Année)
Etat civil : Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐
Partenariat enregistré ☐ Partenariat enregistré dissout ☐
Confession : _____
Lieu de naissance : _____
Nationalité : _____
Lieu d'origine (si suisse) : _____
Pièce d'identité : _____
Adresse (Rue, N°) : _____
N° postal, Localité : _____
N° de téléphone : _____
Domicile secondaire : _____
Profession : _____
Coordonnées de l'employeur : _____
Répondant légal (mineur, tutelle, etc.) : _____
Contact d'urgence (nom, n°, lien) : _____
Type de cas : ☐ maladie ☐ accident ☐ A.I.
Assurance maladie/accident : _____
Date de l'accident : _____
Médecin demandeur/envoyeur : _____

Joindre copie de la carte d'assurance maladie

Attestation / Garantie / Dépôt : ☐ Reçu ☐ Attendu
Dépôt demandé (montant) : _____
N° EVAM : _____ Contrôle EVAM : ☐ carte valide ☐ absence carte ☐ critère urgence
Date de contrôle EVAM : _____
Catégorie de population : ☐ 10/UPV-SP ☐ 30/UPV-NEM-SP ☐ 40/EVAM ☐ 50/UPV-Autres _____
Assurance cas particuliers : _____
Remarque : _____

Date : _____ Heure : _____ UF : _____

Par sa signature, le collaborateur CHUV/le Médecin demandeur/envoyeur
confirme qu'il a pu contrôler l'identité de la/du patient(e) et qu'il a informé
la/le patient(e) que son dossier est transmis au CHUV :

Nom, prénom : _____

Tampon et signature :

Etiquette admission
à apposer par ADM9-CHUV