



DEMANDE D'INTERVENTION RADIOLOGIQUE (envoyer à RAD.convoc.ri@chuv.ch)

<input type="checkbox"/> Extracantonale : envoyé le :		<input type="checkbox"/> privé	
Médecin demandeur <input type="checkbox"/> externe CHUV <input type="checkbox"/> interne CHUV	Médecin de famille	autre (copie du rapport)	
Intervention demandée :		Date(s) ou période demandée(s) :	
		Priorité de gestion de la demande <input type="checkbox"/> 1 1 : traitement ri dans les 10-15 jrs <input type="checkbox"/> 2 2 : traitement ri dans 1 mois <input type="checkbox"/> 3 3 : traitement ri électif	
Consultation initiale à planifier	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui avec :	<input type="checkbox"/> CCO (<i>transférer demande et documentation</i>)	
		<input type="checkbox"/> Dr RAD	<input type="checkbox"/> BH07 <input type="checkbox"/> BH10
Ultragenda	Site d'hospitalisation		
	<input type="checkbox"/> pas d'hospitalisation		<input type="checkbox"/> Service Hosp :
	<input type="checkbox"/> HDJ rad <input type="checkbox"/> HDJ endoscopie	Prévision post-intervention	
Durée de surveillance	<input type="checkbox"/> < 1hre <input type="checkbox"/> 1/2journée <input type="checkbox"/> journée	<input type="checkbox"/> division <input type="checkbox"/> soins continus	
Durée estimée de l'intervention (anesthésie EXCLUS):	<input type="checkbox"/> 30min <input type="checkbox"/> 1h <input type="checkbox"/> 1h30 <input type="checkbox"/> 2h <input type="checkbox"/> 2h30 <input type="checkbox"/> 3h <input type="checkbox"/> 3h30 <input type="checkbox"/> 4h <input type="checkbox"/> 4h30		
Salle souhaitée :	<input type="checkbox"/> CTi <input type="checkbox"/> 150 <input type="checkbox"/> 110 <input type="checkbox"/> 106		
Opérateurs :	<input type="checkbox"/> AD <input type="checkbox"/> RD	<input type="checkbox"/> SQ <input type="checkbox"/> FD	<input type="checkbox"/> BB <input type="checkbox"/> GS <input type="checkbox"/> FP
	<input type="checkbox"/> CDC : AH <input type="checkbox"/> CDC :	<input type="checkbox"/> CDC	<input type="checkbox"/> CDC : SH
Formulaire de consentement	<input type="checkbox"/> Titre :	<input type="checkbox"/> Consentement signé & joint <input type="checkbox"/> Consentement à envoyer <input type="checkbox"/> Consentement remis à la consultation	
Type d'anesthésie	<input type="checkbox"/> AL		
<input type="checkbox"/> AG DIGISTAT <input type="checkbox"/> Stand By <input type="checkbox"/> Ventilation JET	Indication :		
	Voie d'abord :		Position sur table :
Dispositif(s) particulier(s)	<input type="checkbox"/> Ultrasons <input type="checkbox"/> Laser <input type="checkbox"/> Radioscopie <input type="checkbox"/> Crosser	<input type="checkbox"/> EKOS	<input type="checkbox"/> sonde urinaire <input type="checkbox"/> Autre :
Préparation	Switch AVK-Héparine <input type="checkbox"/> ambulatoire <input type="checkbox"/> hospitalisation	<input type="checkbox"/> Test antiagrégants*** ***compléter fiche « résistance aux antiplaquettaires & ordonnance <input type="checkbox"/> Autre :	
Information complémentaire :	<input type="checkbox"/> Transmettre date d'intervention à :		
<input type="checkbox"/> Consultation post traitement à planifier (hors CCO)	Délai :		
	Labo :		
	Imagerie (JOINDRE BON VERT) :		
rempli par	timbre du médecin		Date de la demande : __ / __ / __

Rubriques pour le Gestionnaire de la demande d'intervention / NE PAS COMPLETER

Transmission info interne	• copie au CPC		NCHH : 41418 nchh.hospitalisation@chuv.ch Cinzia Dompe			
	CPRH : 47778		ONMH			
	Michele.Beguet-Guidoni@chuv.ch		Utoh.convocation@chuv.ch fax :64147			
	CHVH		ORLH : 65204			
	Prof Demartines :	Mme Jeannin 46645 fax 42370	Jawaher.Joundy@chuv.ch			
	Prof Halkic :	Mme Manseur 65702	Procédures SIRT, MAA :			
	Chirurgie thoracique / CVAH		TRAH : 41669 Claudia.chavanne@chuv.ch			
	Mme Gandillon / Mme Ravaz 45356 fax : 40730 Algerms, fiche de convoc, carte adm, copie dossier , fiche DIGISTAT si AG		URO : 62295 / 42984 Sonia.Levati@chuv.ch			
	ANGH : 40750		INVESTIGATION	Mme Santos 66439 Dmih.convocationschuv.ch Formulaire hospit courtes FAX; 40484		
	Pascale.Sellem@chuv.ch Formulaire de demande intervention, copie dossier					
	Chir pédiatrique					
	popdmcp@chuv.ch		Pneumo	Annick Joly (50%) : 60849		
	MaternitéH : 43256 Mme Réveillon fax : 47687					
	• PAC intra-artériel : réserver un plateau "pose de PAC" lors de l'organisation (date de traitement identifié) à : bop-materiel@chuv.ch ;					
	Centres de Dialyse					
	tel	fax		tel	fax	
<input type="checkbox"/> Bugnon	41134	41157	<input type="checkbox"/> Payerne	026 662 8583	8699	
<input type="checkbox"/> Aigüe BH 05	41145	41158	<input type="checkbox"/> Pays d'en Haut	-	026 923 4344	
<input type="checkbox"/> Cécile :	021 343 0180	/ 0181	<input type="checkbox"/> Riaz	026 919 9111		
<input type="checkbox"/> Monthey	024 473 1388	/ 1089	<input type="checkbox"/> Vevey :	021 977 5884	/ 5701	
<input type="checkbox"/> Nyon-Monartier (Hôpital)	022 994 6488	/ 6493	<input type="checkbox"/> Yverdon	024 424 5225	/ 4376	
<input type="checkbox"/> Nyon (JORAN)	022 361 5162	021 362 4734				

Test antiagrégants **Le mardi**

RDV au nom du patient au labo d'Hémostase 10 jours avant la date de l'intervention. **44206**

RDV pour le patient, le même jour à l'*HDJ* pour une prise de sang vers 8h-8h30

La convocation inclus :

Lettres de convocation :

- pour la prise de sang (**convocation pour consultation infirmière à l'HDJ**), avec ordonnance Plavix et Aspirine remplie par le méd (jointe avec la demande de
- pour l'intervention radiologique

Voir procédure

Demande reçu le : __ / __ / __

Demande traitée le : __ / __ / __

Par (initiale) :