ADMISSION POUR ACCOUCHEMENT

HIRSLANDEN

Hirslanden Clinique Cecil

Hirslanden Clinique Cecil
Avenue Ruchonnet 53
1003 Lausanne

INFORMATIONS CONCERNANT LE PATIENT

Nom | Prénom | Date de naissance | Sexe | Nom et prénom des parents (pour les mineurs)

Telephone mobile | Téléphone privé | Téléphone professionnel | E-mail

Rue / numéro | NPA / Localité | Pays | Nationalité

N° AVS | Correspondance ◯ D ◯ E ◯ F ◯ I

Admission de: ☐ domicile ☐ maison de soins ☐ maison deretraite ☐ psychiatrie ☐ autre hôpital ☐ autres ☐ inconnu

Admission pour
☐ Accouchement
☐ Transfert < 24

Type de cas
☐ stationnaire
☐ ambulatoire

☐ Privé
☐ Semi-prive
☐ Assurance de base
☐ Division commune Suisse entier

☐ Chambre individuelle
☐ Chambre a deux lits
☐ plusieurs lits

☐ Payeur direct
☐ Supplement confort
☐ Chgt de classe de ____ à ____

Assurance de base LAMal | Numero d'assuré(e) | N° de carte d'assur&(e) (20 caracteres)

Assurance complementaire LCA | Numero d'assuré(e)

Informations sur l'accouchement / l'admission pour grossesse pathologique

Âge | Pare | Geste: | Terme prevu: | Date des dernieres regles:

Date corrigee (d'après l'echographie):

ICD10: | CHOP: | CHOP: | ☐ Assistance manuelle lors de l'accouchement

Obstetricien | Assistent: | ☐ 74.0X Césarienne classique

Date d'admission: | Heure: | ☐ La veille | Duree du sejour en jours:

Date de l'operation: | Heure de l'opération: | Duree de l'operation (en min, de l'incision a la suture):

Consultation d'anesthésie: ◯ Oui ◯ Non

Facteurs de risque pertinents pour l'anesthésie (champ obligatoire)
☐ Aucun
☐ Troubles de la coagulation
☐ Risque d'hemorragie
☐ Particularités neurologiques
☐ Diagnostics de medecine interne
☐ autres
☐ Temoin de Jehova

Facteurs de risques / particularites liees a la grossesse / ant&ecedents obstetricaux:

Maladies gynecologiques:

Diagnostics annexes pertinents pour le codage
☐ O 24.4 Diabète sucré survenant au cours de la grossesse
☐ O 24.0 / 024.1 Diabetes sucre & preexistant, type 1/2
☐ O 13 Hypertension gestationnelle
☐ O 10 Hypertension preexistante
☐ O 41.0 Oligoamnios

Resultats de laboratoire: ◯ Oui ◯ Non **Lors de l'inscription, merci de faxer les derniers resultats avant l'accouchement!**

Groupe sanguin/ Rh: | Allergies:

Prophylaxie rhesus: ◯ Oui ◯ Non | Date de la derniere prophylaxie rhesus:

Rubeole: | Immunite connue: ◯ Oui ◯ Non | Serodiagnostic de la syphilis: ◯ positif ◯ negatif

Hepatitis: ◯ HBsAg neg. ◯ HBsAg pos. (l'enfant doit être immunise)

Strepto B: ◯ positif ◯ negatif | VIH: ◯ positif ◯ negatif

☐ Enfants mort-nés: | ☐ Interruptions de grossesse anterieures:

Envoyeur: | GLN: | RCC:

E-mail:

Transmission électronique

Avec le bouton **«Envoyer»** vous pouvez envoyer le formulaire en toute sécurité à au département de gynécologie de la clinique.