ADMISSION

HIRSLANDEN
KLINIK LINDE
CLINIQUE DES TILLEULS

HIRSLANDEN CLINIQUE DES TILLEULS
ADMISSION DES PATIENTS
CRÊT-DES-FLEURS 105
CH-2501 BIENNE
T +41 32 366 43 36, F +41 32 366 42 64
MAIL: ADMISSION.DESTILLEULS@HIRSLANDEN.CH

INFORMATIONS CONCERNANT LE PATIENT

Nom * | Prénom * | Date de naissance * | Nom / prénom représ. légales (pour les mineurs)

Rue / numéro * | Code postale * | Lieu * | Pays

Téléphone * | Téléphone | Téléphone | E-mail

Nº AVS ou AS * | Correspondance * ◯D ◯F ◯I ◯E | Sexe * | État civil | Nationalité / Lieu d'origine

Type de cas * ◯Stationnaire ◯Stationnaire (avec critères d'exclusion pour l'ambulatoire)1 ◯Ambulatoire ◯Ambulatoire (assurance complémentaire)

Spécialité ◯Chiallg ◯Chihand ◯Chiortho ◯Chiurol ◯Chiothorhin ◯Chineuro ◯PTA ◯Medinnere ◯Medgastro ◯Medonko ◯Gynallg ◯Autres:

Provenance de * ◯Domicile ◯EMS ◯Psychiatrie ◯Autre hôpital ◯Institution carcérale ◯Autres:

Réadaptation/cure prévue après la sortie * ◯Aucune ◯Organiser case mgmt. ◯Lieu souhaité:

Admission pour *
◯Maladie ◯Accident ◯AI ◯UKS
◯Payeur direct ◯Prestation pas prise en charge ◯Prestation en partie prise en charge

Classe *
◯Assurance de base ◯Div. comm. CH entière ◯Semi-privée ◯Privée

Surclassement
◯De division commune en Hirslanden Préférence CHF 350.00 p./n.
◯De division commune en Hirslanden Privé CHF 550.00 p./n.
◯De division semi-privée en Hirslanden Privé CHF 200.00 p./n.

Assurance de base (Nom caisse) | N° de police / d'assuré(e) | Nº de carte d'assuré(e) (20 caractères)

Assurance complémentaire (Nom) | N° de police / d'assuré(e) | Nº de carte d'assuré(e) (20 caractères)

Ass. LAA / AI / AM (Nom) | N° Ass. LAA / AI / AM | Date de l'accident

Nom de l'employeur

Date d'admission * | **Durée du séjour** (en nuitées) *

Date d'opération | Durée de l'opération (en min, de l'incision à la suture) | Opérateur | Assistant 1 | Assistant 2

DONNÉES MÉDICALES / CHIRURGICALES *

CIM-10 GM * | Diagnostic d'admission * | ◯récidive ◯gauche ◯droite ◯bilat.

CIM-10 GM | Diagnostics annexes | ◯gauche ◯droite ◯bilat. ◯gauche ◯droite ◯bilat.

OPÉRATION / TRAITEMENT

◯Sans opération ◯PTA ◯Gastro-/endoscopie ◯Bronchoscopie ◯Autre:

CHOP | Traitement / thérapie | ◯gauche ◯droite ◯bilat. ◯gauche ◯droite ◯bilat. ◯gauche ◯droite ◯bilat. ◯gauche ◯droite ◯bilat.

Extamporané ◯Oui ◯Non

Particularités (implants, appareils spéciaux, etc.)

1 Feuille supplémentaire critères d'exclusion (comme sous-catégorie, le cas échéant)
2 Seulement hernies

ADMISSION

HIRSLANDEN
KLINIK LINDE
CLINIQUE DES TILLEULS

PATIENT
Nom *
Prénom *
Date de naissance *

Positionnement

☐ Décubitus dorsal ☐ Décubitus ventral ☐ SSL ☐ Beach Chair ☐ LDP ☐ Extension Ortho/Traum ☐ Extension main
Demi décubitus latéral ☐ Droit ☐ Gauche
Décubitus latéral ☐ Droit ☐ Gauche ☐ Autres:

Anesthésie

◯ Anesthésie générale / partielle ◯ Sédoanalgésie / MAC
◯ Prophylaxie antibiotique ◯ Après schéma Hirslanden ◯ Aucune ◯ Autres:
Séjour postopératoire, nuitée IMC ◯ Oui ◯ Non

Consulation d'anesthésie

◯ Admission à jeûn: ☐ Au patient approprié pour la consultation d'anesthésie tél. (ASA 1/2, risque opératoire A mod., parle F ou A)
--> Si l'ensemble des critères n'est pas rempli, le pat. sera convoqué pour la consultation d'anesthésie habituelle
◯ Admission la veille: ☐ Pré-médication en règle générale la veille à la station. Dans les cas où une évaluation pré-opératoire doit s'avérer nécessaire, le patient sera convoqué au préalable pour la consultation d'anesthésie.

Examens pré-opératoires indisp. selon le schéma de l'anesthésie? ◯ Non ◯ Oui par

Maladies nécessitant un isolement * ◯ Non ◯ VRE ◯ MRSA ◯ Autres:
☐ Hospitalisation à l'étranger dans les 3 mois précédant l'admission ☐ Si oui, où:

Allergies

Taille cm Poids kg IMC ☐ Anticoagulation ☐ Témoin de Jéhova
Examens souhaités après admission
Demandes particulières / remarques (handicaps etc.)

Médecin de famille *[3] Médecin référent * [4]
☐ Pas de médecin de famille Médecin prenant part au traitement [5]

Diagnostics annexes pertinents pour le codage

☐ **Pas de diagnostics annexes pertinents pour le codage**

Cardiologie
- ☐ I50.19 Insuffisance ventriculaire gauche
- ☐ I50.01 Insuffisance cardiaque globale/droite
- ☐ I11.90 Cardiopathie hypertensive
- ☐ I20.8 Angine de poitrine
- ☐ I25.19 Cardiopathie artérioscléreuse
- ☐ I48.11 Fibrillation auriculaire chronique
- ☐ I42.9 Cardiomyopathie
- ☐ I35.0 Sténose aortique
- ☐ I35.1 Insuffisance aortique
- ☐ I34.0 Insuffisance mitrale
- ☐ I44.2 Bloc A-V

Néphrologie
- ☐ N18.9 Insuffisance rénale chronique
- ☐ Z99.2 Dialysé au long cours

Angiologie
- ☐ I80.9 Thrombose, phlébite
- ☐ I83.0 Varices avec ulcères
- ☐ I70.23 Athérosclérose des artères distales
- ☐ I71.9 Anévrisme de l'aorte

Pneumologie
- ☐ J44.9 BPCO
- ☐ J47 Bronchectasie
- ☐ J81 OEdème pulmonaire
- ☐ J90 Épanchement pleural
- ☐ J93 Pneumothorax
- ☐ I26.9 Embolie pulmonaire

Neurologie
- ☐ F00.9 Démence de la maladie d'Alzheimer
- ☐ G20.90 Syndrome de Parkinson primaire
- ☐ G81.9 Hémiparésie / Hémiplégie
- ☐ I63.9 Infarctus cérébral
- ☐ I67.10 Anévrisme cérébral
- ☐ I66.9 Obstruction / sténose artère cérébrale

Oncologie
- ☐ C80 Tumeur maligne/carcinome
- ☐ C79.88 Métastases
- ☐ D63 Anémie tumorale
- ☐ R64 Cachexie
- ☐ D61.10 Aplasie médullaire médicamenteuse due à un traitement cytostatique

Endocrinologie
- ☐ E10.90 Diabète sucré, Type 1
- ☐ E11.90 Diabète sucré, Type 2
- ☐ E66.99 Obésité
- ☐ E05.9 Hyperthyroïdie
- ☐ E46 Dénutrition
- ☐ E87.6 Hypokaliémie
- ☐ E20.9 Hyperparathyroïdie
- ☐ E53.8 Déficit en vitamine B-12
- ☐ E24.9 Syndrome de Cushing

Diagnostics pour les soins
- ☐ L89.99 Escarre
- ☐ R15 Incontinence fécale
- ☐ R32 Incontinence urinaire
- ☐ R47.0 Dysphasie / Aphasie
- ☐ Z21 HIV
- ☐ Z22.3 / U80.4 ESBL
- ☐ Z22.3 / U80.00 MRSA

Date *

Médecin traitant ((Médecin accrédité / médecin salarié) *
GLN ZSR
Mail

Transmission électronique
Utilisez le bouton «Envoyer» pour envoyer le formulaire directement et en toute sécurité à la **Hirslanden Klinik Linde**

[3] Médecin de famille: médecin référant ou non
[4] Médecin qui adresse le cas au médecin traitant (= médecin accrédité ou médecin salarié)
[5] Médecin accrédité ou salarié qui prend par au traitement
* Champ obligatoire