



DT9093

DATE ET HEURE DE LA DEMANDE

Année	Mois	Jour	Heure
			:

 DEMANDE D'ADMISSION CHIRURGIE POUR MOINS DE 24 HEURES

Nom du centre hospitalier	
Service	Médecin traitant

MALADE

Nom et prénom		Sexe	
		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
Adresse			
Date de naissance	Téléphone	Ind. rég. Travail	Ind. rég. Domicile

DIAGNOSTIC(S) PROVISoire(S)

--

INTERVENTION(S) CHIRURGICALE(S)

Préciser le nombre de jours après l'admission _____

ADMISSION

<input type="checkbox"/> URGENTE	Admission qui ne peut être retardée sans compromettre la vie du malade ou aggraver sérieusement sa maladie.
<input type="checkbox"/> SEMI-URGENTE	Admission qui ne peut être retardée de plus du nombre de jours indiqué, sans compromettre la vie du malade ou aggraver sérieusement sa maladie. NOMBRE DE JOURS _____
<input type="checkbox"/> NON URGENTE	Admission qui peut être retardée sans que le retard n'aggrave sérieusement la maladie.

LOGEMENT DEMANDÉ : Chambre à 1 lit Chambre à 2 lits Salle

TYPE DE SERVICE DEMANDÉ (ISOLEMENT, SOINS INTENSIFS, UNITÉ CORONARIENNE, ETC.)

Toute demande d'un type de logement particulier par nécessité médicale, doit faire l'objet d'une prescription au dossier du malade.

TRANSPORT PAR AMBULANCE : Oui NonDES EXAMENS DIAGNOSTIQUES ONT ÉTÉ FAITS RÉCEMMENT : Oui Non

Dans l'affirmative, à quel(s) endroit(s)?

NOM ET ADRESSE DU MÉDECIN QUI RÉFÈRE LE MALADE

--

JE DEMANDE PAR LA PRÉSENTE L'ADMISSION AU CENTRE HOSPITALIER DE LA PERSONNE CI-DESSUS.

Nom du médecin ou dentiste (en lettres moulées)	Adresse
---	---------

Signature