



DT9035

DEMANDE D'INTERVENTION CHIRURGICALE SANS HOSPITALISATION

Date de la demande	Année	Mois	Jour
Nom de l'établissement			

IDENTIFICATION DE L'USAGER			
Nom	Prénom	Bureau	Domicile
		Ind. rég. N° téléphone	Ind. rég. N° téléphone

Anesthésie : Locale Régionale Générale

EXAMENS		Rendez-vous			
		Année	Mois	Jour	Heure
<input type="checkbox"/> Aucun examen nécessaire					:
Examens à faire (cocher) et joindre copie des demandes si nécessaire :					:
	Hb et Ht <input type="checkbox"/>				:
	Hémogramme <input type="checkbox"/>				:
	Urines <input type="checkbox"/>				:
	Glycémie <input type="checkbox"/>				:
	ECG <input type="checkbox"/>				:
	Cliché coeur et poumons <input type="checkbox"/>				:
Autres (spécifier)	_____				:
	_____				:
	_____				:
	_____				:

INTERVENTION				
Nature	Année	Mois	Jour	Heure
				:
				:

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OU REMARQUES
_____ Signature du médecin

**Le jour de l'intervention
l'utilisateur doit :**

- être à jeun (sans avoir ni bu ni mangé depuis minuit) sauf si le médecin donne un avis contraire;
- apporter la présente demande du médecin et sa carte d'assurance maladie;
- éviter d'apporter avec lui de l'argent ou des objets de valeur.

Il est fortement conseillé au malade de ne pas conduire son véhicule lors du retour à la maison.