Effacer | Imprimer | Enregistrer

DT9035

DEMANDE D'INTERVENTION CHIRURGICALE SANS HOSPITALISATION

	Année	Mois	Jour
Date de la demande			

Nom de l'établissement

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom	Prénom		Ind. rég.	N° téléphone		Ind. rég.	N° téléphone
		Bureau			Domicile		

Anesthésie : Locale ☐ Régionale ☐ Générale ☐

EXAMENS

☐ Aucun examen nécessaire

Examens à faire (cocher) et joindre copie des demandes si nécessaire :

		Rendez-vous Année	Mois	Jour	Heure
Hb et Ht	☐				:
Hémogramme	☐				:
Urines	☐				:
Glycémie	☐				:
ECG	☐				:
Cliché coeur et poumons	☐				:
Autres (spécifier)					:
					:
					:
					:
					:

INTERVENTION

Nature	Année	Mois	Jour	Heure
				:
				:

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OU REMARQUES

Signature du médecin

Le jour de l'intervention l'usager doit :

1. être à jeun (sans avoir ni bu ni mangé depuis minuit) sauf si le médecin donne un avis contraire;
2. apporter la présente demande du médecin et sa carte d'assurance maladie;
3. 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.