



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