

**DEMANDE DE TRAITEMENT AMBULATOIRE**

N° secrétariat : 075.434.55.36, N° desk infirmier : 079 463 66 39  
E-MAIL : medecine.ambulatoire@ehc.vd.ch

Nom et Prénom du patient : .....  
Date de naissance : ..... Tél. : .....  
Adresse : .....  
.....

**Diagnostic principal / Comorbidités et antécédents significatifs / Autres informations médicales pertinentes (annexer rapports médicaux et avis spécialisés avant le 1er traitement) :** .....

.....  
.....  
.....

**Poids :** .....

**Allergie (préciser médicament, type / gravité allergie) :** .....

**Attitude :**  Réanimer  Ne pas réanimer  Autres limitations (p. ex. : pas de soins intensifs, pas de dialyse, pas d'intubation, ...) : .....

**Traitement actuel (indiquer dosage et posologie journalière) :** .....

.....  
.....

**Dernier laboratoire (joindre laboratoire) :**

Le patient est-il colonisé par une bactérie multirésistante ?) :  Oui, Laquelle ?.....  Non

Le patient est infecté par un microorganisme ?) :  Oui, Lequel ? .....  Non

**TRAITEMENT DEMANDE ET INDICATION:** .....

.....  
.....

**Dosage :** .....

**Fréquence :** .....

Si transfusion sanguine, information donnée sur les risques (OUI et date / NON) : .....

**NB : Nous rappelons que le traitement aura lieu que pour les indications reconnues, sous réserve d'une demande dûment complétée et des documents envoyés.**

Nom et prénom médecin prescripteur:.....

Date / tampon / signature : .....

Tél : ..... Fax : .....

**ESPACE RESERVE EHC**

MEDECIN EHC

Nom et prénom, date, signature de validation : .....

Commentaires : .....

SECRETARIAT

Convocation (date/heure RDV) : .....

Remarques : .....