

DEMANDE DE **PONCTION AMBULATOIRE**

A L’ATTENTION DU SECRETARIAT :

TEL : 075 / 434 55 36 – FAX : 021 / 804 27 86 – E-MAIL : medecine.ambulatoire@ehc.vd.ch

Nom et prénom du patient : ..… ........................................................................................................................

Date de naissance : .................................................No. de tél. : .......................................................................

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 **Diagnostic principal** : .....................................................................................................................

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

 **Ponction demandée (SVP cocher) :**

* PONCTION D’ASCITE
* PONCTION LOMBAIRE
* PONCTION PLEURALE

 **Visée :**

* DIAGNOSTIQUE
* EVACUATRICE

☐ AUTRE, PRECISER : .......................................................................................................................................

 **Analyses demandées (SVP annexer évtl. rapports médicaux et avis spécialisés) :**

* NUMERATION CELLULAIRE
* CHIMIE

☐ MICROBIOLOGIE (culture, PCR, sérologie, etc.), SVP préciser : ..................................................................

* CYTOLOGIE

☐ AUTRE, PRECISER : .......................................................................................................................................

**En cas de besoin, un contact téléphonique de médecin à médecin est recommandé.**

Attitude:

Réanimer Ne pas réanimer Autres limitations (p.ex. pas de soins intensifs, pas de dialyse, pas d’intubation, etc.) : ...................................................................................................................................................................

Traitement actuel (SVP indiquer nom DCI, dosage et posologie journalière) : .................................................

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. Anticoagulation : ……………………………………………………. Antiagrégation :.............................................................

Dernier laboratoire (p.ex. FSS, crase, créatinine, SVP JOINDRE) : .....................................................................

Nom et prénom médecin prescripteur : ............................................................................................................

Date / tampon / signature : ...............................................................................................................................

Tél : .................................................................... Fax : ……………………………………………………………………………………

**NB : Les résultats vous seront DIRECTEMENT transmis par le laboratoire VIOLLIER. Il est laissé à vos soins de les interpréter et d’y donner suite**. Le CdC(a) des urgences de médecine est à votre disposition pour des éventuelles questions / requêtes par rapport aux résultats obtenus.

ESPACE RESERVE EHC (SVP laisser vide) MEDECIN EHC

Nom et prénom, date, signature de validation : ………………………………………………………..…………………………….. Commentaires : ………………………..……..………………………………………………………………………………………………………. SECRETARIAT

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

UdJ-DemandePonctionAmbulatoire-V1 0 28Sept2016 fb-om.doc 2596 / V002 / 109862