

DEMANDE DE GESTE AMBULATOIRE

TEL : 075 434 55 36

E-MAIL: perfusions@ehc.vd.ch

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

Diagnostic principal (annexer rapport médicaux et avis spécialisé):

Geste demandé:

- Ponction diagnostique ou
- Ponction évacuatrice
 - PONCTION D'ASCITE
 - PONCTION LOMBAIRE
 - PONCTION PLEURALE
- POSE DE PICC LINE

Analyses demandées:

- NUMERATION CELLULAIRE + CHIMIE
- MICROBIOLOGIE (culture, PCR, sérologie, ...):

- CYTOLOGIE
- AUTRE:

Joindre le dernier laboratoire (FSS, crase, créatinine)

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

Traitement actuel (indiquer dosage et posologie):

Anticoagulation: Antiagrégation:

Allergie (médicament/type d'allergie):

Attitude: Réanimer Ne pas réanimer Autres limitations.....

Nom et prénom médecin prescripteur:

Date / tampon / signature:

Tél: Mail.....

Les résultats vous seront DIRECTEMENT transmis par le laboratoire VIOLLIER. Il est laissé à vos soins de les interpréter et d'y donner suite.

ESPACE RESERVE EHC (SVP laisser vide)

MEDECIN

Nom et prénom, date, signature de validation:

Commentaires:

SECRETARIAT

Convocation (date/heure RDV):

Remarques: