

DEMANDE DE TRAITEMENT AMBULATOIRE

TEL : 075 434 55 36

E-MAIL : perfusions@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 : **Contrôle dentaire préalable (biphosphonates) :**

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

Nom et prénom, date, signature de validation :

Commentaires :

SECRETARIAT

Convocation (date/heure RDV) :

Remarques :