

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
- AUTRE, PRECISER :

→ **Visée :**

- DIAGNOSTIQUE
- EVACUATRICE

→ **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 :