

# Clinique Ambulatoire de Médecine de Pourtalès

## Demande de prestations

1. Enregistrer le document sur votre bureau
2. Fermer le site internet
3. Ouvrir le formulaire enregistré sur le bureau, le remplir et envoyer par mail (bouton en bas de page)
4. Ne pas remplir le formulaire directement depuis le site internet

### Patient

Nom \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_  
 Prénom \_\_\_\_\_ Localité \_\_\_\_\_  
 Date de naissance \_\_\_\_\_ Tél. / Natel \_\_\_\_\_  
 Sexe M F Tél privé \_\_\_\_\_

Motif de la demande / indication (merci de joindre un courrier complémentaire si nécessaire)

Le patient sera convoqué par le RHNe

Allergies \_\_\_\_\_ Mobilité lit Fauteuil

### Demande de consilium

(merci de joindre les derniers bilans biologiques, examens complémentaires et lettre en annexe)

### Geste technique

Délai souhaité : \_\_\_\_\_

	<u>Antiagrégant/ anticoagulants</u>	INR: _____
Ponction d'ascite	Aspirine	PTT _____ sec
Ponction pleurale	Plavix/ Brilique	Thrombocyte _____ G/l
Ponction lombaire	DOAC	Hémoglobine _____ g/l
Autre _____	AVK	
	Autre _____	

### Traitement

ordre unique nombre de doses \_\_\_\_\_ pendant (J/S/M) \_\_\_\_\_ (durée)

**Fer intraveineux (ferritine < 50ug/l)** Hb \_\_\_\_\_ g/l Ferritine : \_\_\_\_\_ ug/l

Ferinject Venofer (si allergie ou intolérance au Ferinject)

**Transfusion sanguine (seuil transfusionnel Hb: < 70g/l ou < 80g/l selon comorbidités)**

Hb \_\_\_\_\_ g/l Objectif: \_\_\_\_\_

Groupe sanguin existant / réalisé ? oui non  
 Test pré-transfusionnels réalisés ? oui non (max 72h avant transfusion)

**Si oui, merci de joindre une copie des résultats**

**Vitamine B12** SC IM Valeur vitamine B12 \_\_\_\_\_ pmol/l

**Bisphosphonates** Traitement souhaité \_\_\_\_\_

### Autre

Nom du médicament: \_\_\_\_\_ Voie d'administration : \_\_\_\_\_

Dosage: \_\_\_\_\_ Accord assurance : oui non

Date \_\_\_\_\_ Nom /prénom du médecin \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

[secretariatpolicliniquegenerale.prt@rhne.ch](mailto:secretariatpolicliniquegenerale.prt@rhne.ch)

(A remplir par le RHNe)

### Validation de la demande par le MRA :

Date \_\_\_\_\_ Nom /prénom du médecin \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_