

Demande d'admission urgente programmée en soins aigus

(sans programmation opératoire)

La Chaux-de-Fonds

Pourtalès

N° patient

Patient

Nom **Adresse** **Assurance** commune
Prénom **Localité** demi-privée
 Date de naissance **Téléphone privé** privée
Sexe masculin féminin **Téléphone mobile** **Genre** maladie
 accident

Patient adressé par **Provenance patient** **Admission souhaitée dès le**

Téléphone **Délai maximal d'admission**

Contact téléphonique avec un médecin RHNe demandé OUI NON OBLIGATOIRE **Durée de séjour prévue**

Chirurgie	Orthopédie	Gynécologie	Gastroentérologie	Imagerie médicale	ORL
Rhumatologie	Médecine	Oncologie	Neurologie	Pédiatrie

Diagnostic principal / problème(s) actif(s) / motif(s) d'hospitalisation

Antécédents / Comorbidités

Mesures additionnelles de prévention de l'infection : Allergie oui non

Laboratoire :

Hb	Hémo 1	Hémo 2	TP	TPT	NA/K	Créat	Gly	Test Hépat	Test Gross	RIA/TS

Autres laboratoire :

Situation de vie avant l'épisode de soins

vit seul(e) en couple vit avec des proches vit en home
 appartement protégé logement maison individuelle

Le patient a-t-il des limitations d'activités dans son environnement actuel ? oui non

	Alimentation	Communication	Mobilité	Hygiène personnelle	Orientation/Espace	Orientation/Temps
Patient	Aucune difficulté	Aucune difficulté	Aucune difficulté	Aucune difficulté	Aucune difficulté	Aucune difficulté
	Difficulté légère	Difficulté légère	Difficulté légère	Difficulté légère	Difficulté légère	Difficulté légère
	Difficulté modérée	Difficulté modérée	Difficulté modérée	Difficulté modérée	Difficulté modérée	Difficulté modérée
	Difficulté grave	Difficulté grave	Difficulté grave	Difficulté grave	Difficulté grave	Difficulté grave

Son conjoint a-t-il des limitation d'activités dans son environnement actuel ? oui non

Mesures de maintien à domicile existantes

Soins Ménage Repas Autres

Date : Date :

Signature du médecin externe* : Signature du médecin hospitalier :

Bip / tél. : Bip / tél. :

***Formulaire à signer et à transmettre par fax selon liste téléphonique RHNe destinée aux médecins partenaires du canton de Neuchâtel**

RESERVE AU SECRETARIAT MEDICAL RHNe

Contact téléphonique le Le médecin externe accepte de nous fournir des documents concernant le patient oui non

	Date	Heure	Envoyé par	Bon	Lettre	Dossier	Autres
Réception							
Transmission							

CONVOCAION - RESERVE GESTION DES LITS

Gestion informatisée Courrier Téléphone UPCI oui non
 SSL oui non
 (oui si limitation d'activité avérée)

Date d'entrée : Copies :
 Heure de convocation : Fait le : Signature :