

Clinique Ambulatoire de Médecine de Pourtalès

Demande de prestations

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 : _____

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

(A remplir par le RHNe)

Validation de la demande par le MRA :

Date _____ Nom /prénom du médecin _____ Téléphone : _____