

# 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** .....

**Durée de séjour prévue** .....

Contact téléphonique avec un médecin RHNe demandé OUI NON OBLIGATOIRE

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 mail à gestiondeslits.prt@rhne.ch**

**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 : .....