

DEMANDE D'ADMISSION CLINIQUE DU JOUR

A envoyer dès la confirmation d'intervention
hors cardiaque et oncologie

Admissions

Tél. : +41 22 366 90 22 • Fax : +41 22 366 90 13

Réservations bloc opératoire : +41 22 366 92 27

Mail : reservation@genolier.net

Médecin clinique du patient : _____

Médecin envoyeur : _____

Médecin traitant : _____

Date d'entrée : ____ / ____ / _____

À jeun

Transféré de (établissement/pays) : _____

Transport par ambulance

Nb d'accompagnant(s) : ____

Patient

M F

Date de naissance : ____ / ____ / _____

Adresse : _____

Nom : _____

Téléphone(s) : _____ État civil : _____

Prénom : _____

Mail : _____ Langue : _____

Motif d'hospitalisation

Chirurgie (voir au verso) Médecine : _____

Antécédents : _____

Antécédents d'hospitalisation dans les 12 derniers mois dans un pays étranger : OUI NON

Merci d'informer l'infirmière HPCI de la clinique par téléphone au 079 703 03 14 ou par [e-mail](mailto:reservation@genolier.net).

Diagnostique principal : _____ Diagnostique secondaire : _____

Traitement habituel : _____

Allergie(s)* : _____

Prévention et contrôle de l'infection : merci de préciser les mesures d'isolement éventuelles au verso du document

Annulation Motif : _____

Cas d'hospitalisation

Maladie Esthétique Accident Date accident : ____ / ____ / _____ Clinique de jour Nuit de confort

Employeur : _____ Si accident, cas LAA : Oui Non N° de sinistre : _____

Assurance ou caisse maladie suisse

Nom de l'assurance maladie de base : _____ N° : _____

Nom de l'assurance accident de base : _____ N° : _____

Prise en charge des patients étrangers

Assurance étrangère : _____ Prise en charge privée : _____

Coordinatrice en charge du dossier : _____

Demande de prise en charge faite le : ____ / ____ / _____

Visa & Signature :

BLOC OPÉRATOIRE

Les réservations doivent être faites entre 8h00 et 17h30
au secrétariat du bloc : +41 22 366 92 27

Prévention et contrôle de l'infection

Isolement	Aucun	COVID-19 POSITIF	
Contact	Gouttelettes	Aérosols	Protecteur

Micro-organisme(s) connus ou suspecté(s) : _____

Patient

Nom : _____

Prénom : _____

Équipe Médicale

Nom du chirurgien : _____

Nom de l'assistant : _____

Intitulé intervention

Intervention

Date : ____ / ____ / _____

Type d'anesthésie : _____

Heure : ____ h ____

Position du malade : _____

Durée : _____

Allergie(s) : _____

Antibiotique : _____

Côté opéré

Droit

Gauche

SIRIS Spine

Instrumentation – Matériel – Prothèse

À commander

Déjà commandé

En stock

Matériel opératoire

Examen EXTEMPO

Laboratoire : _____

Heure approx. : _____

Ampli de brillance

Microscope

Garrot

Ultracision

Laser

Colposcope

Arthroscope

Laparoscope

Ligasure

Argon

IORT

Body-jet

Préparation préopératoire

Radiologie : _____

Laboratoire : _____

Commande de concentrés érythrocytaires

Réaliser : T&S 1 T&S 2

CE disponible Combien : _____

AUC (aucun culot)

Pas de T&S (pas de groupe sanguin ni RAI)

Les médecins anesthésistes souhaitent voir les patients avant de pratiquer l'anesthésie :

Le patient sera examiné en polyclinique par un médecin anesthésiste dans les jours qui précèdent l'intervention, lors des consultations d'anesthésiologie. Dans ce cas, la secrétaire du chirurgien prendra rendez-vous sur Medicosearch : <https://www.medicosearch.ch/fr/MedicoPortal> (Login : polyclinique@genolier.net Mot de passe : Medicosearch2022).

Date de consultation : ____ / ____ / _____

Toute réservation faite au bloc opératoire sans annonce téléphonique préalable et sans confirmation écrite ne pourra être prise en considération.

Antécédents d'hospitalisation : compléter impérativement au VERSO