

## DEMANDE D'ADMISSION

**Unité d'évaluation préopératoire (UEP) du CHCVs – UEP centrale Sion Tél. 027/603.45.92**

**Fax 027/603.46.46 E-mail : uep.sion@rsv-gnw.ch**

**FO31301**  
Version 01  
Libéré le :  
12.10.2005

**Date, heure et lieu de la consultation à l'UEP : .....**

<b>Chirurgien</b>  Nom :  Adresse :  NP lieu :  Tél. : Fax :	<b>Patient</b> Nom : Prénom :  Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>  Né(e) le : Adresse :  NP lieu : Tél. :	<b>Médecin traitant</b> Nom :  Adresse :  NP lieu :  Tél. :  Fax :	<input type="checkbox"/> Hospitalisé <input type="checkbox"/> Commun <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/> Semi-stationnaire <input type="checkbox"/> Ambulatoire  <b>Date et heure d'entrée :</b>  <b>Date opératoire :</b>  <b>Site opératoire :</b>  Durée envisagée du séjour :        jours	<input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Chir cardiaque <input type="checkbox"/> Chir pédiatrique <input type="checkbox"/> Chir plastique <input type="checkbox"/> Dentiste <input type="checkbox"/> Gynéco-obstétrique <input type="checkbox"/> Neurochirurgie <input type="checkbox"/> Orthopédie/traumat. <input type="checkbox"/> ORL <input type="checkbox"/> Urologie <input type="checkbox"/> .....  <input type="checkbox"/> suite de traitement	<b>Assurance</b> <input type="checkbox"/> LAMAL <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> LAA <input type="checkbox"/> AMF Nom de l'assurance :  <input type="checkbox"/> extra-cantonal  <input type="checkbox"/> étranger																		
<b>Diagnostic :</b>  <b>Intervention :</b>  <b>Côté :</b> <b>Abord :</b> <b>Position :</b> <b>Durée opératoire :</b> <b>Matériel spécial, implant(s) :</b>  <b>Préparation particulière :</b>	Antécédents médicaux :  Antécédents chirurgicaux :  Traitement :  Allergie(s) :	<b>Anesthésie envisagée</b> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 70%;">Souhait de l'opérateur</td> <td style="width: 30%;">Refus de l'opérateur</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> locale</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> stand-by</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> sédation-analgésie</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> endoveineuse</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> loco-régionale</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> générale</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> analgésie spécifique (p.ex. cath. interscalénique)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> soins intensifs postopératoires</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> soins continus postopératoires</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Souhait de l'opérateur	Refus de l'opérateur	<input type="checkbox"/> locale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> stand-by	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sédation-analgésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> endoveineuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> loco-régionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> générale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> analgésie spécifique (p.ex. cath. interscalénique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> soins intensifs postopératoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> soins continus postopératoires	<input type="checkbox"/>
Souhait de l'opérateur	Refus de l'opérateur																						
<input type="checkbox"/> locale	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/> stand-by	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/> sédation-analgésie	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/> endoveineuse	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/> loco-régionale	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/> générale	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/> analgésie spécifique (p.ex. cath. interscalénique)	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/> soins intensifs postopératoires	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/> soins continus postopératoires	<input type="checkbox"/>																						
<b>Examens paracliniques standards</b>  <input type="checkbox"/> < 40 ans : aucun (sauf anamnèse) <input type="checkbox"/> 40-60 ans : glycémie, créatinine, ECG <input type="checkbox"/> > 60 ans : FSS (ou Hb,Ht), glycémie, créat, ECG, Rx thorax	<b>Examens paracliniques supplémentaires</b>  <input type="checkbox"/> TP, PTT, FSS <input type="checkbox"/> autre :	<b>Produits sanguins</b> <input type="checkbox"/> Groupe sanguin <input type="checkbox"/> Recherche d'anticorps irréguliers <input type="checkbox"/> Nb de flacon(s) de sang <input type="checkbox"/> Prédonation (autotransfusion) <input type="checkbox"/> Cell saver autre :																					

Annexe(s) et remarques :  
Date de la demande :

Signature :