



Etiquette d'admission

FICHE D'ADMISSION

Lit:

Identification

Nom: Sexe : M F
Date de naissance : Date d'admission:
Médecin Traitant :
Hospitalisation antérieure: Oui Non Durée prévue de séjour: Jours

Motif d'hospitalisation

.....
.....

Antécédents médicaux – chirurgicaux

.....
.....

Examen clinique

.....
.....

Type d'hospitalisation HDJ Hospitalisation

Médical Transfusion Chimio, spécifier le protocole:
 Chirurgical Description: Code:
 Open Laparoscopie
Anesthésie: Générale Régionale Locale
Prothèse: Non Oui, préciser:

Traitement à domicile

.....
.....

Traitement anticoagulant ou antiagrégant en cours: Non Oui, Préciser:

Habitude de vie: Alcool Tabac
Allergie : Non Oui, préciser :

Bilan Sanguin			
Hématologie	Sérologie	Urines	
<input type="checkbox"/> NFS <input type="checkbox"/> CRP <input type="checkbox"/> VS <input type="checkbox"/> Hémoculture	<input type="checkbox"/> ASLO <input type="checkbox"/> IDR <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Widal <input type="checkbox"/> Wright	<input type="checkbox"/> HBS Ag <input type="checkbox"/> Anti-HCV	<input type="checkbox"/> Analyse des urines <input type="checkbox"/> Uroculture <input type="checkbox"/> Clairance de la créatinine <input type="checkbox"/> Proteinurie <input type="checkbox"/> Microalbuminurie
Hémostase	Banque de sang	Selles	
<input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> TS <input type="checkbox"/> D – dimères	<input type="checkbox"/> TCK <input type="checkbox"/> Fibrinogène	<input type="checkbox"/> Groupe sanguin <input type="checkbox"/> Plaquettes <input type="checkbox"/> PFC	<input type="checkbox"/> Parasites <input type="checkbox"/> Rotavirus <input type="checkbox"/> Coproculture
Biochimie			
<input type="checkbox"/> Na <input type="checkbox"/> CL <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> Ca <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> Tropanine <input type="checkbox"/> CK-MB <input type="checkbox"/> SGOT <input type="checkbox"/> SGPT	<input type="checkbox"/> γ GT <input type="checkbox"/> Ph. Alcal <input type="checkbox"/> Bilirubine <input type="checkbox"/> Urée <input type="checkbox"/> Créatinine <input type="checkbox"/> Fer <input type="checkbox"/> Ferritine <input type="checkbox"/> Mg <input type="checkbox"/> CPK	<input type="checkbox"/> Glycémie <input type="checkbox"/> Amylase <input type="checkbox"/> Ac. urique <input type="checkbox"/> Albumine <input type="checkbox"/> Protéines <input type="checkbox"/> Cholestérol <input type="checkbox"/> HDL <input type="checkbox"/> LDL <input type="checkbox"/> Triglycérides	<input type="checkbox"/> HbA1C <input type="checkbox"/> Lipase <input type="checkbox"/> Phosphore <input type="checkbox"/> Gaz du sang
Autres:			
Radiologie (Imagerie Médicale)			
<input type="checkbox"/> Thorax: <input type="checkbox"/> ASP: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Debout <input type="checkbox"/> Couché <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Profile <input type="checkbox"/> Couché <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Echos: <input type="checkbox"/> Abdominal <input type="checkbox"/> Pelvienne <input type="checkbox"/> Abdomino – Pelvien <input type="checkbox"/> Reins <input type="checkbox"/> Reins – Pelvis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CT scan: <input type="checkbox"/> Pelvien <input type="checkbox"/> Abdomino pelvien <input type="checkbox"/> Cérébral <input type="checkbox"/> Thoracique <input type="checkbox"/> Abdominale <input type="checkbox"/> T-A-P <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Consultation spécialisée		<input type="checkbox"/> Echo cardiaque	<input type="checkbox"/> Autres:
Bilan pré-opératoire standards			
<input type="checkbox"/> NFS <input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> TCK <input type="checkbox"/> Rx Thorax	<input type="checkbox"/> Créatinine <input type="checkbox"/> Urée <input type="checkbox"/> Groupe sanguin <input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> Glycémie <input type="checkbox"/> Echo – Cardio <input type="checkbox"/> Autres	
Traitement			
.....			
Signature:			