



DEMANDE D'ADMISSION

CONSENTEMENT : <input type="checkbox"/> PATIENT <input type="checkbox"/> REPRÉSENTANT LÉGAL		<input type="checkbox"/> DOUBLE IDENTIFICATION FAITE			
<input type="checkbox"/> Hôpital Notre-Dame <input type="checkbox"/> Hôpital de Verdun		ADMISSION <input type="checkbox"/> URGENTE <input type="checkbox"/> SEMI URGENTE <input type="checkbox"/> ÉLECTIVE	SERVICE <input type="checkbox"/> MÉD. INTERNE <input type="checkbox"/> MÉD. FAMILLE <input type="checkbox"/> UEC <input type="checkbox"/> UHMF <input type="checkbox"/> OMNI-CARDIO <input type="checkbox"/> GÉRIATRIE <input type="checkbox"/> SOINS PALLIATIFS <input type="checkbox"/> UHB <input type="checkbox"/> SOINS INTENSIFS <input type="checkbox"/> SOINS INTERMÉD. <input type="checkbox"/> CHIRURGIE <input type="checkbox"/> DÉPENDANCE <input type="checkbox"/> PSYCHIATRIE <input type="checkbox"/> URFI	LOGEMENT <input type="checkbox"/> PRIVÉ <input type="checkbox"/> SEMI PRIVÉ <input type="checkbox"/> SALLE ISOLEMENT <input type="checkbox"/> ENTÉRIQUE <input type="checkbox"/> CONTACT <input type="checkbox"/> GTTE CONTACT+ <input type="checkbox"/> SALLE P. NÉG <input type="checkbox"/> _____	
ARRIVÉE À L'URGENCE : _____ : _____ <small style="margin-left: 100px;">AN MOIS JOUR HEURE MINUTE</small>		TYPE D'ADMISSION <input type="checkbox"/> CDJ <input type="checkbox"/> CMJ <input type="checkbox"/> 24 HRE <input type="checkbox"/> 48 HRE			
HOSPITALISATION DEMANDÉE : _____ <small style="margin-left: 100px;">AN MOIS JOUR</small>					
DIAGNOSTIC À L'ADMISSION : _____		ALLERGIES : _____ _____ _____ _____			
ANALYSES : <input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/> Hb-Ht <input type="checkbox"/> GLYCÉMIE <input type="checkbox"/> CRÉATININE <input type="checkbox"/> ÉLECTROLYTES <input type="checkbox"/> GROUPE SANGUIN <input type="checkbox"/> COAGULOGRAMME <input type="checkbox"/> A. URINE <input type="checkbox"/> AUTRE : _____					
EXAMENS : <input type="checkbox"/> RADIOGRAPHIE : _____ <input type="checkbox"/> SCAN : _____ <input type="checkbox"/> ÉCHOGRAPHIE : _____ <input type="checkbox"/> MÉDECINE NUCLÉAIRE : _____ <input type="checkbox"/> AUTRES : _____					
CONSULTATIONS : <input type="checkbox"/> MÉDECINE INTERNE <input type="checkbox"/> CARDIOLOGIE <input type="checkbox"/> PNEUMOLOGIE <input type="checkbox"/> NÉPHROLOGIE <input type="checkbox"/> ANESTHÉSIE <input type="checkbox"/> AUTRES : _____ _____					
Nom et prénom du médecin traitant : _____				N° de permis : _____	
Signature du médecin traitant : _____				Date : _____	