

► FICHE D'HOSPITALISATION

Le praticien faxe la fiche recto à la cellule de régulation dès le jour de la consultation au 02.97.62.55.29

PRATICIEN

PATIENT Nom usuel : Nom de naissance :

Prénom : Date de naissance : Sexe : H F

ENTREE DU PATIENT : Date entrée : Heure d'hospitalisation : DMS :

Mode d'hospitalisation : Hospitalisation Chir. ambulatoire Fast Track **Choix prévisionnel de chambre particulière** double

INTERVENTIONS SOUS AL : Soins externes Départ immédiat Bloc central Suivi chirurgie ambulatoire post op

MOTIF D'HOSPITALISATION :

INTERVENTION : Date d'intervention :

Type d'intervention : Côté à opérer

Durée prévisionnelle de l'intervention mn Type d'anesthésie prévue :

▲ *Le matériel à prévoir est à mentionner sur le support intitulé « commande de matériel spécifique »*

ALLERGIES :

Patient BMR Patient BHRé ou suspecté BHRé *

HANDICAP :

** patient contact BHRé, Ou hospitalisation à l'étranger ou dans les DOMTOM l'année précédente.*

PRISE EN CHARGE PARTICULIERE :

APPRECIATION DU RISQUE ESST

- ◆ Patient ni suspect ni atteint
- ◆ Patient pris en urgence vitale sans détermination possible du niveau de risque
- ◆ Patient suspect ou atteint **DANS CE CAS PREVENIR IMMEDIATEMENT LE BLOC OPERATOIRE**

Après élimination des autres causes possibles :

1) **présence d'un signe neurologique récent progressif sans rémission**

(myoclonies, troubles visuels, troubles cérébelleux, pyramidaux, extra pyramidaux, ataxie, chorée, dystonie, syndrome sensitif douloureux persistant, épilepsie, mutisme akinétique)

2) associé à :

troubles des fonctions supérieures ou intellectuelles
(Démence, ralentissement psychomoteur)

OU

troubles psychiatriques
(Dépression, anxiété, apathie, comportement de retrait, délire)

Acte à risque d'ESST OUI NON

◆ **pour tous les patients, sur les tissus suivants :**

- Neurochirurgie (sauf rachis)
- Rétine, nerf optique
- Muqueuse olfactive (risque d'effraction inclus)

◆ **Pour les patients suspects ou atteints, sur les tissus suivants :**

- formations lymphoïdes organisées
- passage carrefour aérodigestif, voie rectale
- intubation

- ◆ **NB ! Patients se déclarant comme ayant reçus des PSL issus de donneurs reconnus à posteriori comme atteints de v-MCJ : procédure selon cir 2005/435 : soude+autoclave, prévenir bloc et stérilisation.**

Nom de l'opérateur : Signature Date

Nom de l'Anesthésiste : Signature Date

Nom et prénom du patient :

ANTECEDENTS MEDICAUX :	ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

TRAITEMENT PERSONNEL OUI NON

Si oui, **double de l'ordonnance** à agraffer au dossier

REMISE DU PPS AU PATIENT

je certifie avoir remis au patient un PPS le/...../.....

SORTIE DU PATIENT

Durée prévisible du séjour :jours.

- Mode de sortie : Retour à domicile
- Maison de convalescence Demande faite oui non
- H.A.D. Demande faite oui non