

# RESEAU URGENCES GENEVE : FEUILLE DE TRANSFERT

**DATE :**

**PROVENANCE DU PATIENT :**

**DESTINATION DU PATIENT :**

**MEDECIN ENVOYEUR :**

Nom :

Téléphone :

**IDENTITE PATIENT(E):**

**ACCOMPAGNANT :** oui  non

Lien avec patient(e) :

**DIAGNOSTIC**

**COMORBIDITES PRINCIPALES**

1 :

2 :

3 :

**DISCIPLINE CONCERNEE :**

- Médecine interne

- Chirurgie

- Autre

**MOTIF DU TRANSFERT :**

- Hospitalisation\*

- Observation/Investigations

- Autre

**CONTACT DÉJÀ PRIS AVEC :**

**TRAITEMENT(S) DEJA ENTREPRIS :**

1 :

2 :

3 :

4 :

5 :

**ELEMENT(S) À SURVEILLER :**

1 :

2 :

3 :

4 :

5 :

**DOCUMENTS ANNEXES, le cas échéant :**

**Laboratoire :**

Hématologie

Chimie sang

Hémostase

Gazométrie

Chimie Urines

Autre :

**Imagerie :**

Radiographie

Echographie

CT-Scan

Autre :

**Divers :**

Feuille de transmission infirmière

ECG

Autre :

**NOTES :**

\* : Pour les pathologies ci-après le bilan suivant est nécessaire :

- Cholécystite : échographie, FSC, CRP, crase, tests hépatiques complets, lipase, urée, créatinine, Na, K

- Diverticulite : CT abdo, FSC, CRP, crase, urée, créatinine, Na, K

- Fracture du col fémoral : FSC, crase, urée, créatinine, Na, K