

DEMANDE DE TRANSFERT

Apposer étiquette ou compléter Adresse :

Nom :

Prénom : Tél :

Né(e) le : Email :

Transfert

Envoyer la demande par mail en indiquant dans l'objet du mail le nom du site demandé à : **Medecine.IAG-Pole@hcuge.ch**

Hôpital des Trois-Chêne

Réadaptation gériatrique

Hôpital de Loëx

Réadaptation gériatrique

Att. de placement (LSM)

Hôpital de Bellerive

Réadaptation médecine interne

Réadaptation oncologique

Neuro-rééducation

Médecine palliative

Hôpital de Beau-Séjour

Réadaptation médecine interne
et oncologique

Réadaptation cardiaque

Réadaptation musculo-squelettique

Neuro-rééducation

Clinique de Joli-Mont

Réadaptation musculo-squelettique

Médecine palliative

Réadaptation autre

Att. de placement (LSM)

Onco Cluse-Roseraie

Soins de support onco

Clinique de Montana

Fax 027 485 65 02

**Orientation à définir
par l'Unité de gériatrie
de liaison (UGL)**

Identité du demandeur : Transférable dès le :

Renseignements médicaux

Nom du médecin demandeur : Tél.

Nom du médecin traitant : Tél.

Le patient ou ses proches sont-ils au courant de la demande? Oui Non

1. Motif du transfert et projet de prise en charge :

.....

2. Durée du séjour estimée :

3. Problème médical actuel :

.....

4. Autres comorbidités :

Hémodialyse: Oui Non Obésité morbide: Oui Non VNI: Oui Non

Vacciné Covid 2^e dose: Oui Non 3^e dose: Oui Non Patient post-Covid depuis:

5. Patient en situation de soins palliatifs: Oui Non

6. Un retour à domicile ultérieur est-il envisageable: Oui Non Ne sait pas

7. Traitements en cours :

.....

Renseignements infirmiers**Mesures de préventions**

Mesure(s) spécifique(s)

Vigilance: Oui Non Si oui: Contact Gouttelettes Air Protection

Motif:

Tendance aux chutes: Oui NonAutres: Oui Non Préciser:**État d'orientation**Tendance aux fugues: Oui Non Désorienté: Oui Non Agité: Oui NonAutres troubles du comportement: Oui Non Préciser:**Le patient présente-il**Troubles moteurs: Oui Non Troubles sensitifs: Oui NonTroubles de la déglutition: Oui Non Troubles du langage: Oui NonIncontinence: Urinaire Sonde vésicale Fécale Poche de colostomie (envoyer qq poches svp)**Problèmes cutanés** (description et traitement):**Matelas/lit spécial:****Équipements particuliers:** VVC SNG Trachéo Pleurx abdominal Pleurx thoracique Pompe intrathécale Périurale Soins >2h/j (Pst, nursing,..) Autre:**Prescriptions particulière:** O2, débit Nutrition entérale Nutrition parentérale Chimiothérapie Radiothérapie

Le patient nécessite-t-il un appareillage orthopédique (attelle, gouttière, etc.)?

Moyens auxiliaires: Cannes Fauteuil roulant Déambulateur Autre:**L'état du patient permet ou nécessite une hospitalisation en:** Grande chambre Chambre à 2 lits Chambre à 1 lit, raison:

Assurance maladie:

Couverture (classe):

N° d'assuré:

.....

Demande LSMInformation donnée à la ou le patient et entourage par rapport aux conséquences financières: Oui Non

Date et nom du médecin l'ayant fournie:

Date:

Infirmière référente:

N° tél. unité:

.....

Unité réceptrice du transfert:

Date d'arrivée:

Visa:

.....

Annulé le: Motif:

**« La lettre de transfert » doit accompagner le ou la patiente lors de son admission.**