

# 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

Att. de placement (LSM)

### Onco Cluse-Roseaie

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<sup>e</sup> dose:  Oui  Non 3<sup>e</sup> 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 LSM**Information 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.**