|  |
| --- |
| **Demande de traitement à l’hôpital de jour du Service de Rhumatologie** |

Prénom, Nom : ...........................................................

Date de naissance: │\_│\_│ │\_│\_│ │\_│\_│\_│\_│

Adresse postale : ........................................................ *ou*

....................................................................................... *Etiquette du patient*

No de téléphone privé : ………………………….

No de téléphone prof : ………………………….

No de téléphone mobile : ………………………….

Adresse e-mail  :…………………………..

**Diagnostic principal : ..................................................................................................................**

**Inclus dans SCQM ?** 🞎 Non **⁯** 🞎 Oui**⁯** **⁯**

**Comorbidités : ……………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………….**

**Allergies:........................................................................................................................................**

**Traitements médicamenteux actuels, doses:**

**.........................................................................................................................................................**

**.........................................................................................................................................................**

**Dépistages:**

**HIV: 🞎** non fait**⁯ 🞎** négatif **⁯** **🞎** positif **⁯.**

**Hépatite B: 🞎** non fait**⁯ 🞎** négatif **⁯🞎** positif **⁯ Hépatite C: 🞎** non fait**⁯ 🞎** négatif  **🞎** positif **⁯**

**TB-spot :** **🞎** non fait **🞎⁯** négatif **🞎** positif ⇒ prophylaxie :……………………………………………

**Radiographie pulmonaire : 🞎** non fait **⁯🞎** négatif **⁯🞎** positif

**Accord des assurances  🞎** oui **⁯ 🞎** en attente **⁯ *A FAXER impérativement***

**Prescription du traitement à réaliser (nom du médicament, dose, intervalles, divers):**

**………………...................................................................................................................................**

**Poids du patient : ………………………………………………………………………………………...**

**Pour le MabThera ⇒ nombre de perfusion à programmer : ……………………………………..**

**⇒ dosage : ………………………………………………………………………...**

🞎 Je continue à suivre mon patient ⁯

🞎 Je souhaite qu’il soit suivi par la rhumatologie aux HUG ⇒ répondant souhaité (facultatif)**:**

**⇒…………………………………………………………………………………................................**

**Documents à faxer avec toutes les demandes :**

**🞎 Accord de l’assurance**

**🞎 Bilan sanguin (hémato + chimie + immunoglobuline pour le MabThera) a renouveler et**

**à faxer avant chaque nouvelle perfusion.**

**Votre patient sera convoqué pour son traitement dès réception**

**de la totalité des documents**

Toutes les modifications de traitement doivent être annoncées par fax (022 / 372 35 35) ou e-mail (2CK-Ambulatoire.Rhumato@hcuge.ch) aux infirmières (Tél 022 / 372 36 94).

***Sans message contraire de ma part, le patient ne présente pas de contre-indication à la poursuite du traitement.***

**Téléphone : …………………… Fax : ………………… Adresse e-mail : ……………………….**

**Date :………………………....... Signature : ………………………………Tampon**