



DP100559

Prestations ambulatoires : prescription de traitement médicamenteux

HFR Fribourg – Hôpital cantonal
026 306 20 30
sam-hopitaldejour-fri@h-fr.ch

HFR Riaz
026 306 49 02
cliniquedejour-riaz@h-fr.ch

HFR Meyriez-Murten
026 306 73 60
Tagesklinik.Meyriez@h-fr.ch

HFR Tafers
026 306 63 10
sekretariat.medizintafers@h-fr.ch

Patient-e

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____ Tél. privé _____ Tél. portable _____ Adresse mail _____

Rue _____ NPA _____ Domicile _____

Diagnostic/indication au traitement / antécédents / comorbidités importantes (et/ou lettre annexée)

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

Nom du médicament _____ Ordre unique _____ Périodique (validité maximale : 1 an) _____ du _____ au _____

Dosage _____ Voie d'administration _____

Dose totale si traitement périodique / intervalles d'administration _____

Remarque _____

Prémédication à effectuer à l'HFR

Nom du médicament 1 _____ Dosage _____ Voie d'administration _____

Nom du médicament 2 _____ Dosage _____ Voie d'administration _____

Si prémédication à domicile, merci de nous indiquer la prémédication prescrite et l'horaire

Allergie/intolérance **NON** **OUI** Si oui précisez le type et l'allergène (anaphylaxie cf. ci dessous)

Anaphylaxie sévère (urticaire avec douleurs abdominales/détresse respiratoire/choc/ hypotension) **NON** **OUI**

Asthme **NON** **OUI** traitement _____

Antécédents de malaises vagues/anxiété **NON** **OUI** _____

Portage de bactérie résistance (MRSA, VRE, ESBL, etc.) **NON** **OUI** _____

Bilan sanguin à effectuer **NON** **OUI** Liste des analyse prescrites

Bilan sanguin à effectuer le _____ avant le traitement à répéter, intervalle _____

Je souhaite être contacté-e par un médecin de l'hôpital de jour pour discuter avant le traitement **NON** **OUI**

Merci de joindre une copie du résultat des derniers bilans biologiques et du traitement médicamenteux actuel

 Pour la prise du rendez-vous, veuillez appeler le numéro du site correspondant selon la liste au verso

- Comme médecin prescripteur vous êtes responsable de la prescription, de l'information et du recueil du consentement du patient et de la prise en charge par l'assurance des traitements prescrits. Nous vous remercions d'être atteignable par téléphone en cas de nécessité
- En cas de risque d'allergie, merci d'informer les patients que la durée du traitement pourra être prolongée (jusqu'à 2 heures de surveillance post traitement en l'absence de réaction)

Tél. du médecin (ligne directe SVP) Tél. portable du médecin Adresse mail du médecin

Date Sceau ou nom et prénom Signature ou validation électronique

HFR

Prescription validée le _____ Sceau

Tél. du chef de clinique _____ Signature du chef de clinique