



hôpital fribourgeois
freiburger spital

Gestion du Flux des Patients

T 026 306 34 50

email : gfp@h-fr.ch

Demande d'hospitalisation électorive HFR (lit A)

Date de la demande :

Stationnaire Ambulatoire Urgence

Nom :

Prénom :

Date nais. : M F

Adresse :

NPA Domicile

Téléphone Mobile

Assurance commune ½ privé privé maladie accident

Médecin traitant Médecin envoyeur Opérateur

A. Service

HFR Fribourg	<input type="checkbox"/> Chirurgie	<input type="checkbox"/> Orthopédie	<input type="checkbox"/> Médecine	<input type="checkbox"/> Oncologie	<input type="checkbox"/> Traitement iode	<input type="checkbox"/> Ophtalmologie
	<input type="checkbox"/> Rhumatologie ¹	<input type="checkbox"/> Obstétrique	<input type="checkbox"/> Gynécologie	<input type="checkbox"/> ORL	<input type="checkbox"/> SIC	<input type="checkbox"/> SIB
HFR Fribourg Villa St-François	<input type="checkbox"/> Soins palliatifs					
HFR Riaz	<input type="checkbox"/> Médecine	<input type="checkbox"/> Gériatrie aiguë	<input type="checkbox"/> Hôpital de jour			
HFR Tafers	<input type="checkbox"/> Médecine					
HFR Meyriez	<input type="checkbox"/> Médecine					

Arrivée le :² _____ à _____ h. ou à organiser dans un délai de : _____ Durée de séjour prévue _____ jours

Demande d'hospitalisation validée par _____ Remarques _____

B. Renseignements médicaux et UPCI

Diagnostic(s)

Pathologie(s) importante(s)

Médication actuelle

anticoagulé avec

UPCI

Hospitalisation de plus de 24 heures à l'étranger durant ces 12 derniers mois oui non

Hospitalisation dans un hôpital suisse connu pour une épidémie en cours oui non

Axis : [UPCI EPIDEMIES EN COURS/INFORMATION DE L'UNITE DE PREVENTION ET CONTROLE DE L'INFECTION](#)

CPAP/VNI à domicile oui non

C. Renseignements complémentaires

A jeun	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Examens à faire	<input type="checkbox"/> annexés	
<input type="checkbox"/> Rx à faire		
<input type="checkbox"/> ECG à faire		
<input type="checkbox"/> Autre		
<input type="checkbox"/> Labo : routine		
Divers		

D. Motif d'hospitalisation en rhumatologie¹

<input type="checkbox"/> investigations	<input type="checkbox"/> douleurs aiguës (non gérables en ambulatoire)			
<input type="checkbox"/> arthrite(s)	<input type="checkbox"/> myalgies	<input type="checkbox"/> manifestations(s) systémique(s)	<input type="checkbox"/> rachialgies	<input type="checkbox"/> radiculalgies
<input type="checkbox"/> douleurs ostéo-articulaires, localisation	<input type="checkbox"/> suspicion vasculite/connectivite/mal. auto-inflammatoires			
<input type="checkbox"/> rhumatisme inflammatoire / connectivite / vasculite	Diagnostic			
<input type="checkbox"/> adaptation traitement	<input type="checkbox"/> effets secondaires / suspicion infection	<input type="checkbox"/> nouvelles manifestation(s) systémique(s)		
<input type="checkbox"/> autre indication				
<input type="checkbox"/> douleurs / syndrome douloureux chronique	Diagnostic			
<input type="checkbox"/> poussée aiguë non gérable en ambulatoire	<input type="checkbox"/> nouvelles manifestations à investiguer			
<input type="checkbox"/> rééducation en milieu hospitalier (en principe uniquement après consilium ambulatoire et définition d'objectifs précis)				

¹ A retourner avec tous les documents utiles au secrétariat de Clinique de Rhumatologie HFR Fribourg – Hôpital cantonal
Tél. 026 306 19 00 . Email : medrhum@h-fr.ch

Toutes les autres demandes sont à adresser par mail à la GFP. Email : gfp@h-fr.ch

² **Attention** : la date d'admission n'est valable qu'après réception de la demande par la Gestion du Flux des Patients et sa validation médicale