

ETIQUETTE PATIENT

**Service des Admissions Tel : 01.43.94.83.11**  
**Fax : 01.43.94.80.71**

**Date du transfert :**

**FICHE DE TRANSFERT PATIENT EN ENDOSCOPIE INTERVENTIONNELLE**

ETABLISSEMENT DE PROVENANCE : .....  
 SERVICE DE PROVENANCE : .....  
 NUMERO DE TEL DIRECTE : .....  
 INTERVENTION Prévues le : .....  
 MEDECIN ADRESSEUR : .....

**DOCUMENT ADMINISTRATIF (obligatoire)**

Bulletin de situation avec numéro de la personne de confiance

**INFECTION :**  OUI  NON BMR :  OUI  NON

**Précautions complémentaires :**  OUI  NON

Si oui, quel type :  contact  air  gouttelettes

Localisation : .....

**Consultation ARE** (obligatoire si intervention chirurgicale récente) :

**Allergies :**  OUI laquelle : .....  NON

**BILAN SANGUIN :**

- NFS+PLAQUETTES
- TP/TCA/INR
- IONO COMPLET
- BILAN HEPATIQUE/AMYLASE/LIPASE
- CRP
- CARTE DE GROUPE+RAI

**PRESCRIPTION en cours avec heure de dernière délivrance**

**Transmissions IDE/AS**

**Consultation CARDIO** si possible

**RX pulmonaire**

**INFORMATION PARTICULIÈRE À CONNAÎTRE :**

**RETOUR LE :**

**SERVICE DE :**