



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

|                                       |                                                    |                                          |                                      |                                    |                                          |                                        |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>HFR Fribourg</b>                   | <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 <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> Obstétrique     | <input type="checkbox"/> Gynécologie | <input type="checkbox"/> ORL       | <input type="checkbox"/> SIC             | <input type="checkbox"/> SIB           |
| <b>HFR Fribourg Villa St-François</b> | <input type="checkbox"/> Soins palliatifs          |                                          |                                      |                                    |                                          |                                        |
| <b>HFR Riaz</b>                       | Gériatrie aiguë                                    | <input type="checkbox"/> Hôpital de jour |                                      |                                    |                                          |                                        |
| <b>HFR Tafers</b>                     | <input type="checkbox"/> Médecine                  |                                          |                                      |                                    |                                          |                                        |

Arrivée le :<sup>2</sup> 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 rhumatologie<sup>1</sup>

|                                                                                                                                                  |                                                                        |                                                                   |                                                                                    |                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <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                                                                     | <b>Diagnostic</b>                                                      |                                                                   |                                                                                    |                                        |
| <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                                                                                | <b>Diagnostic</b>                                                      |                                                                   |                                                                                    |                                        |
| <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) |                                                                        |                                                                   |                                                                                    |                                        |

<sup>1</sup> 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

<sup>2</sup> **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**