Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille

CLINIQUE DE PEDIATRIE HOPITAL JEANNE DE FLANDRE

FICHE D'HOSPITALISATION PROGRAMMEE HPDD UF 4241

PC infirmier HPDD :38816 Tél hôtesses 1er :44079 Fax hôtesses :44107

Spécialité : Date d'hospitalisation souhaitée :

Médecin référent :

Je désire voir l'enfant durant l'hospitalisation : oui ☐ non ☐

Nom : (orthographe exacte)	**Prénom :** **Sexe :** M ☐ F ☐	**Date de naissance :**
Téléphone domicile :		**Téléphone du travail :**

Demandes particulières :

→ Contraintes de date et d'heure :

→ Nombre de jours d'hospitalisation souhaités :

→ Chambre seule (justifier) :

→ Accompagnant : oui ☐ non ☐

→ Autres :

MOTIF D'HOSPITALISATION (merci de préciser la pathologie sous-jacente) **:**

Bilan biologique* : sanguin☐ urinaire☐ **Examens à prévoir :**	**A JEUN** (à préciser)	**Date, Heure, Lieu de Rdv**

Besoin de sédation : oui☐ non ☐

Consultation d'anesthésie : faite oui ☐ non ☐

Sinon RV pris pour le :

Lettre pour l'anesthésie faite et à joindre

Autorisation d'opérer jointe oui ☐ non ☐

*les bons correspondants aux demandes d'examen doivent être remplis par le médecin référent et être joints à cette fiche, ainsi que le courrier.

Régime alimentaire : normal ☐ désodé ☐ sans sucre ☐

aplasie ☐ cortico ☐ diabète ☐

sans porc ☐ autres (à préciser) ☐

nutrition entérale (préciser produit et quantité) ☐

Thérapeutiques à prévoir :