

 HOTEL-DIEU DE FRANCE Centre Hospitalier de l'Université Saint-Joseph de Beyrouth	COMITE DU CIRCUIT HOSPITALIER FICHE DE TRANSFERT DES PATIENTS	Ref: FR-DAM 02/2018
		Version: 1 Nbre de Pages: 2
Direction des Affaires Médicales		
Rédaction: Comité Circuit Hospitalier		Date de Rédaction: 14/12/2017
Approbation: DAM, DAF	Date de Diffusion: 12/04/2018	Destinataires: BA,DSI, DAF, Personnel Médical

Date de Demande de Transfert: -----/-----/-----

Heure de Demande de Transfert: -----:-----

Information du Patient			L'Accompagnateur du Patient	
_____	_____	_____	_____	_____
Nom du Patient	Prénom du Patient	Pénom du Père	Nom	Prénom
_____	_____	_____	_____	_____
Date de Naissance	Sexe	Type de Couverture Médicale	Téléphone	
_____	_____	_____	_____	
Adresse		Téléphone	Relation avec le Patient	
_____		_____	_____	

Nom et Adresse de l'Hôpital transférant:

_____	_____
Nom du Médecin Traitant à l'hôpital transférant	No.de Téléphone
_____	_____
Nom du Médecin Demandeur à l'HDF	Signature

Diagnostic Primaire:

Diagnostic Secondaire:

Motif de Transfert détaillant les soins non-disponibles à l'hôpital transférant:

Signes Vitaux au Moment de la demande du Transfert **Heure:** -----:-----

Etat Cognitif/Mental

Eveillé
 Confus
 Démence
 Délire
 Comateux
 Agité

Isolement/Précaution
 Non
 Oui Précisez pourquoi:-----

Traitement reçu durant les 2 dernières semaines:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie /Radiothérapie | <input type="checkbox"/> Soins Intensifs | <input type="checkbox"/> Autres, précisez: |
| <input type="checkbox"/> Dialyse | <input type="checkbox"/> Transfusions | |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Trachéotomie | |

Documents Médicaux Joints de l'Hôpital Transférant:

- | | |
|--|--------------------------|
| Traitements en cours | <input type="checkbox"/> |
| Examens de Laboratoire | <input type="checkbox"/> |
| Rayon X/Scan/IRM | <input type="checkbox"/> |
| ECG ou autres investigations paracliniques | <input type="checkbox"/> |

Documents Administratifs Joints de l'Hôpital Transférant:

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| Lettre d'Accompagnement | <input type="checkbox"/> |
| Documents Tiers Payant | <input type="checkbox"/> |
| Carte d'Identité | <input type="checkbox"/> |

Avis Détaillé de l'Unité de Transfert:

Représentant de la Direction des Affaires Médicales:

Signature

Représentant de la Direction des Affaires Financières:

Signature

Représentant du Bureau Des Admissions:

Signature