

HOPITAL CANTONAL

DIVISION DE NEPHROLOGIE

**POSE DE CATHETER D'HEMODIALYSE  
RDV ET PRESCRIPTIONS**

Date de la pose	
Lieu du RDV : 8 AL	Heure :
Lieu de l'intervention	
Heure prévue de l'intervention	

PREPARATION A LA POSE			
A JEUN	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Antibiotiques	OUI <input type="checkbox"/>	Nom :	Dosage :
	NON <input type="checkbox"/>		
Anticoagulation	Stoppée	OUI <input type="checkbox"/>	Quand :
		NON <input type="checkbox"/>	
Examens sang pré-op.			

Cathéter posé	Marque :	
	Type :	
	Numéro :	
Opérateur	Nom :	BIP :
Signature du médecin demandeur :		

*SVP - Document à transmettre dûment rempli à l'infirmière de dialyse.*

VISA : P.Y. MARTIN

MGD/RG/RCH/ 06-juil-2000

**BULLETIN D'INFORMATION ET RDV POUR LE PATIENT**

Nom :

Vous êtes convoqué à l'Hôpital Cantonal Service de Néphrologie **Unité 8 AL**  
pour la pose d'un cathéter de dialyse le : ..... à : .....heures

Veillez vous présenter **A JEUN**

Avez-vous arrêté votre traitement anticoagulant comme prévu ?