|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Données administratives du patient :** | | |  |  | | |  | | | |  |  |
| **Nom : Rossi** | | | **Prénom :** | | | Karina | | |  | F  H | | |
| Né(e) le : | | 03.06.1973 | Nationalité : | | | **Argentine** | | | | | | |
| 🕿 privé : | |  | 🕿 mobile : **076.691.01.29** | | | | |  | | | | |
| Adresse : | **Chemin de Sabri 193** | | NPA/ Localité : 74250 Fillinges | | | | | Pays : **France** | | | | |
| Déjà venu aux HUG  OuiNon | | | Courriel : | |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Document émis par :** | | **Catia Guedes Queiros** | Le : | **02.06.23** | |  |  | | |  |
| Ayant droit (AD) : | **Dr Bodmer Alexandre** | | | | Service : **oncogynéco** | | | Tél. : | **32405** | |
| Référent en cas d’absence : | |  | | | Service : | | | Tél. : |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Contexte d’hospitalisation :** | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  |  |
| Date d’entrée : | | **08.06.2023** | | | | | | | Heure d’entrée : | | | | | | | **08h** | | | | | | | | Via le 1CL | | | | | | | | Same Day Surgery | | |
| Motif clinique d’hosp. : | | **soins de plaie** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | A jeun | |  | | | | Oui Non | | | |
| Examens prévus : | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Durée hospitalisation | |  | <3 j. | | |  | | | | 4-7 j. | | |  | | >8 j. | | | | | | | | | | |  | |  | |  | | | | |
| Unité d’hospitalisation | |  | 8AL | |  | | 8CL | | |  | 8EL |  | | 8FL | | |  | 9AL |  | 9CL |  | 9EL 9FL | | | | | | | Accompagnant  Oui Non | | | | | |
| **Porteur de bactéries multi-résistantes** | | | | | | | | | | | | | | | | | Médecin envoyeur : | | | | | | **Dr Bodmer** | | | | | | | | | | | |
| Commentaires : |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Données assurantielles du patient :** | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **Cas maladie** | |  | | **Accident LAMal** | | | |  | **Cas accident LAA** | | | |  | | | |
| ➊Ass. LAMal | | | **ONU** | | | | | | Assurance employeur | | | | |  | | |
| Ass. non LAMal | | |  | | | | | | N° police | |  | | | | | |
| N° Police | | | **02067500** | | | | | | N° de sinistre | |  | | | | | Date |
| Assurance complémentaire | | | | | | **ONU** | | | Assurance complémentaire | | | | | |  | |
| **1ère cl.** | **2ème cl.** | | | | **N° Police** **idem** | | | | **1ère cl.** | **2ème cl.**  **N° police** | | | | | | |
| **Demande de surclassement en 1ère classe** | | | | | | | | |  | | |  | | | | |
| Dérogation  Oui  Non | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Domicilié à Genève** |  | | **Domicilié en Suisse** | |  | **Domicilié à l’étranger** | | |  | | **Cas conventionné** |  | **Fonct. International** |
|  | **➊Part. cantonale potentielle** |  | Demande extra-cantonale | | |  | Dépôt CHF 30'000.- | | |  | | CERN UNIQA | Organisme ?  **ONU** | |
|  | **E** Cardiologie, vasculaire | **Date** | |  | | **Date** | |  | |  | | Chine |  | |
|  | **F** Digestif, viscéral | **Par** | |  | |  |  | | |  | | Inde |  | |
|  | **G** Gynécologie |  | |  | |  | Estimation | | |  | | Qatar |  | |
|  | **H** Orthopédie, rhumatologie |  | | Transmise à la GAP | | **Date** | | |  |  | | Libye |  | |
|  | **K** Uro-néphrologie, andrologie |  | |  | | **Montant** | | |  |  | | USA |  | |
|  | **M** Obstétrique |  | | Dépôt CHF 25'000.- | | **Dépôt** | | |  |  | Thaïlande | |  | |
|  |  | **Date** | |  | |  | | | | Autre | | |  | |
|  | Estimation effectuée |  | | Estimation | |  | | | |  | | |  | |
| **Date** |  | **Montant** | | |  |  | | | |  | | |  | |
|  |  | Dépôt | | |  |  | | | |  | | |  | |

**(seuls les pôles d’activités E,F,G,H,K,M peuvent potentiellement bénéficier d’une participation cantonale)**

**Ne pas remplir – réservé à la GAST – Secteur Admission et Facturation – Direction des Finances DF**

➊**Indication de la participation cantonale pour l’hospitalisation à la Division privée**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Refus** | | | Le nombre de cas ou le montant total de la subvention disponible a déjà été atteint. | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |
| **Commentaires :** | | | | | |  | |  | **N° EDS :** |
| **Date :** | | |  | | **Nom de la personne :** | |  | | |