

**DEMANDE DE GESTE AMBULATOIRE**

TEL : 075 434 55 36

E-MAIL: [perfusions@ehc.vd.ch](mailto:perfusions@ehc.vd.ch)

Nom et Prénom du patient: .....  
 Date de naissance: ..... Tél.: .....  
 Adresse: .....

**Diagnostic principal** (annexer rapport médicaux et avis spécialisé):  
 .....  
 .....

**Geste demandé:**

- Ponction diagnostique ou
- Ponction évacuatrice
  - PONCTION D'ASCITE
  - PONCTION LOMBAIRE
  - PONCTION PLEURALE
- POSE DE PICC LINE

**Analyses demandées:**

- NUMERATION CELLULAIRE + CHIMIE
- MICROBIOLOGIE (culture, PCR, sérologie, ...):  
 .....
- CYTOLOGIE
- AUTRE: .....

Joindre le dernier laboratoire (FSS, crase, créatinine)

**En cas de besoin, un contact téléphonique de médecin à médecin est recommandé.**

**Traitement actuel** (indiquer dosage et posologie):  
 .....  
 .....

Anticoagulation: ..... Antiagrégation: .....

**Allergie** (médicament/type d'allergie): .....

**Attitude:**  Réanimer  Ne pas réanimer  Autres limitations.....

Nom et prénom médecin prescripteur: .....

Date / tampon / signature: .....

Tél: ..... Mail.....

**Les résultats vous seront DIRECTEMENT transmis par le laboratoire VIOLLIER. Il est laissé à vos soins de les interpréter et d'y donner suite.**

**ESPACE RESERVE EHC (SVP laisser vide)**

MEDECIN

Nom et prénom, date, signature de validation: .....

Commentaires: .....

SECRETARIAT

Convocation (date/heure RDV): .....

Remarques: .....