

Demande d'Hospitalisation de Semaine

Demande établie le :

Par :

Délai souhaité :

Identité du patient :

NOM :

Prénom :

Date de Naissance :

NIP :

Adresse :

Téléphone : domicile :

Mobile :

Dossier médical bicêtre : OUI NON Autre établissement :

MOTIF D'HOSPITALISATION : (courrier joint)

Traitement anticoagulant ? OUI/ NONTTT antiagrégant ? OUI/ NON

Bilan biologique (ne cocher que les examens utiles):

- **Bilan usuel** (NFS, VS, CRP, TP-TCA, Iono, Créatinémie, Transaminases, BU) :
- Autre Sang : EPP - Bilan Fer/Ferritine/sat - CPK - LDH
- Bilan lipidique - Bilan Phospho-calcique complet - 25OHVitD - PAL - PTH
- PTH rp - Folates/vitB12 - Enzyme de conversion -
- Glycémie - HbA1C - FLU - Cortisol 8h - TSHus - FSH/LH
- Urines : Protéinurie - Créatinurie - ECBU - Phospho-calcique U -
- Immunologie : FR - ACPA - Ac Anti- Nucléaires - Ac Anti-ADN - Ac Anti-ECT - Ac Anti-cardiopline/ antiGP 1 - ANCA - Ac anti-Tissus -
- Cryoglobulinémie - Complément (C3/C4) - HLA B27 - Typage HLA 1 et 2 -
- Marqueurs tumoraux : ACE / CA 125 / CA 19-9 / CA 15-3 / PSA - β 2 microglobuline - Phénotypage Lymphocytaire - Chaines légères libres sériques -
- Flux salivaire

- Infectieux : Hémocultures - IDR - Quantiféron - Sérologies hépatiques A / B / C - HIV - HTLV1 - Lyme - Salmonelles - Shigelles - Yersinia - Clamydia
- Autres :

Imagerie :

- Radiographies standards (préciser sites) :

- Scanner (site / avec injection : vérifier créatinémie) :

- Echographie :

- IRM (site/ indication) :

- TEP Scanner :

- Scintigraphie osseuse :

- Infiltration sous scopie :

Autres examens :

- Endoscopies digestives :
 - o Haute
 - o Basse
 - o Avec AG Sans AG

- Biospsie Ostéo-Médullaire Myélogramme

- Biopsie osseuse :

- BGSA

- Biopsie Neuro-musculaire

Avis et recommandations :

- Avis médico-chirurgical :

- Autres :

Cachet du médecin demandeur