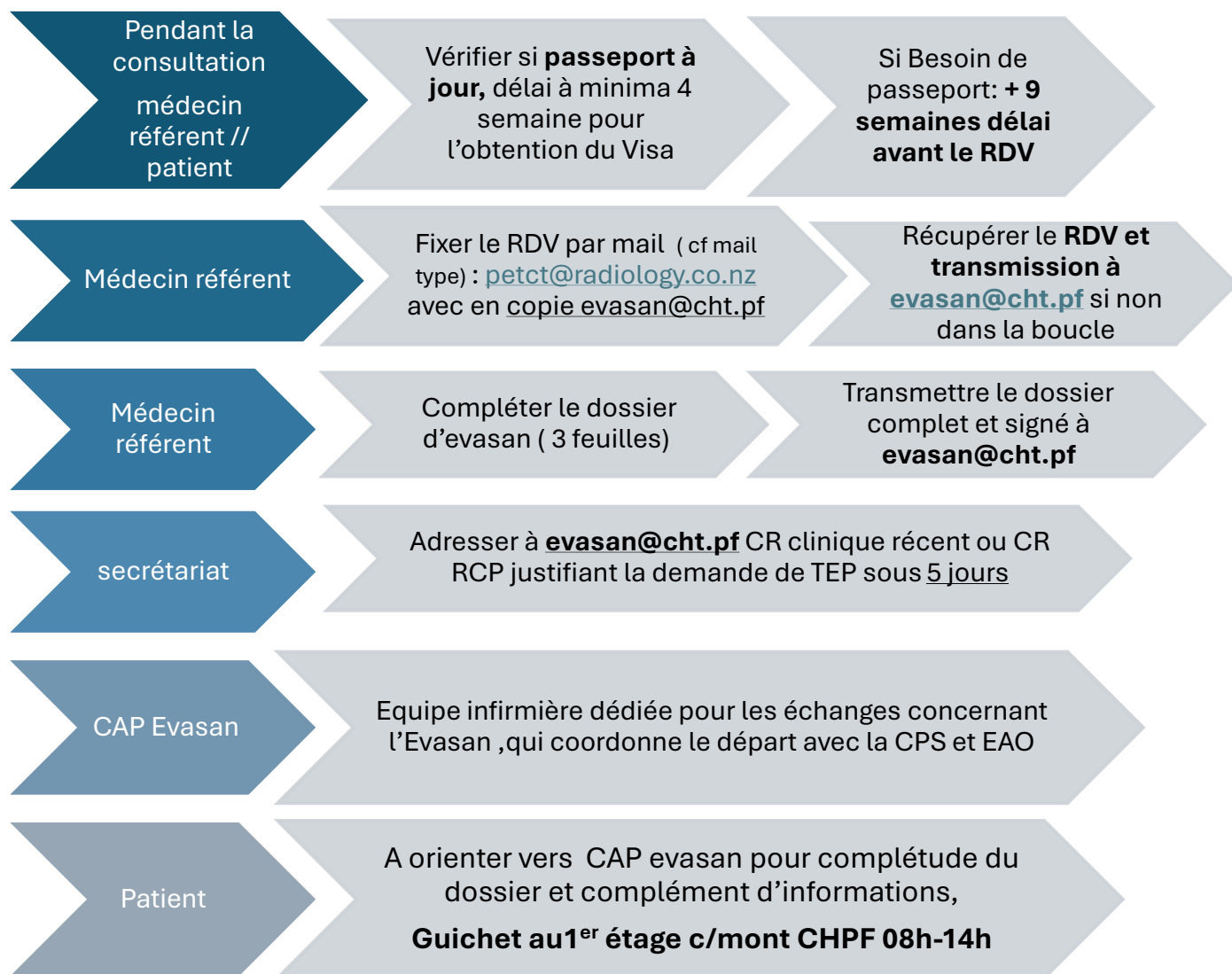


EVASAN programmée pour TEP scan patients d'Onco-Hématologie* en Nouvelle-Zélande

Patient informé de la demande d'evasan et accepte le début de la procédure.



*hors cadre urgent <7 jours ouvrés

NB: Afin d'assurer la continuité de la prise en charge, CAP evasan assure l'accompagnement du patient de l'initiation de la demande par le médecin jusqu'à la reprise en charge médicale à son retour.

Hie

I would like a TEPscanner appointment from: *“date à partir de laquelle le RDV doit être fixé, avec un minimum de 30 J, temps obtention du visa »*

Regarding Mr/Ms : XX born XX/XX/XXXX

Diagnostic:

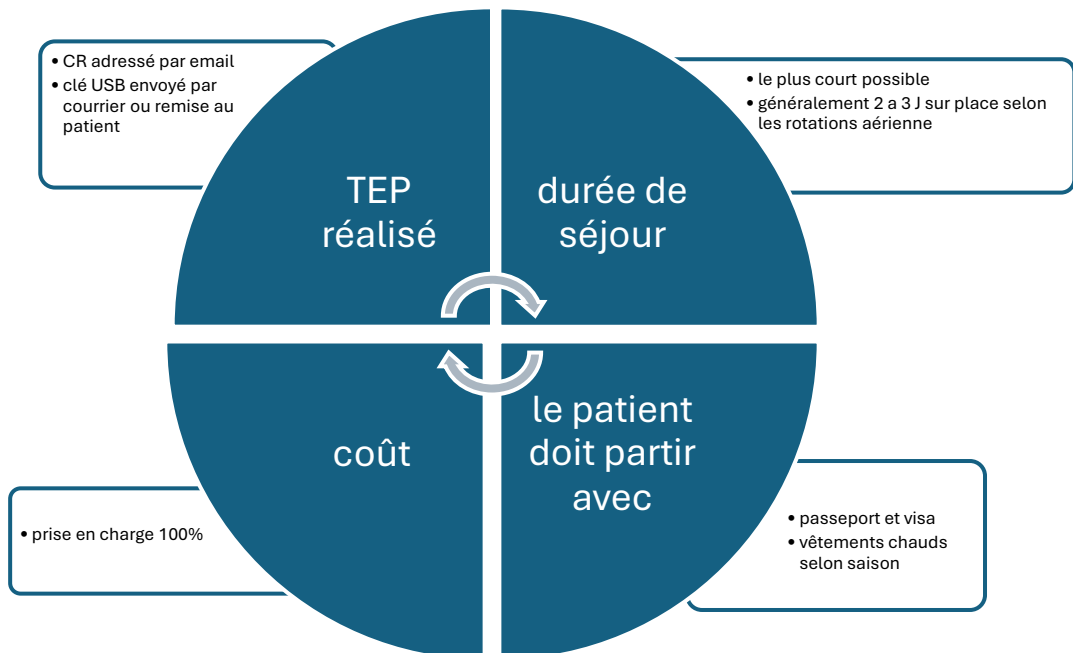
Indication:

- Assessment of cancer spread
- Monitoring of a cancer that is difficult to assess by scanner
- Diagnostic assessment

Tanks in advance

Sincerely

Yours





CAISSE DE
PREVOYANCE SOCIALE
B.P. 1 - PAPEETE - TAHITI
N° TAHITI 183707
www.cps.pf

CONFIRMATION D'ADMISSION

France

Nouvelle-Zélande

Service EVA BAN

☎ (889) 41 68 50 / 41 68 52

fax : (889) 41 68 51

e-mail : evasan-inter@cps.pf

Document à remplir par le médecin prescripteur
à destination du médecin receveur accompagné du certificat médical

Identification du médecin prescripteur	Identification Etablissement receveur
	Nom : <u>The Mercy PET-CT Departement</u>
	Ville : <u>100 Mountain Road, Epsom</u>
	Professeur / Docteur : <u>Dr Valérie LEVY</u>
	Service : <u>Radiologie</u>
	Téléphone : <u>653 5862 or 0800 4PETCT</u>
	Télécopieur : <u>623 5863</u>
Identification du patient	
DN : <input type="text"/>	
NOM :	
Prénom :	
Né (e) le :	Poids :

Information:

Nous attirons votre attention sur **la date de rendez-vous** qui doit tenir compte
de la date d'arrivée du patient:

Destination	Compagnie aérienne	Jours d'arrivée	Heure d'arrivée
En Métropole (PARIS)	AIR TAHITI NUI	Lundi, Mardi, Jeudi, Samedi, Dimanche	8h 25
	AIR FRANCE	Mardi, Vendredi, Dimanche	17h 15
En Nouvelle-Zélande (AUCKLAND)	AIR NEW ZEALAND	Lundi	11h 15
		Mardi	9h 45
		Vendredi	9h 45
	AIR TAHITI NUI	Samedi	5h 15
		Dimanche	8h 00
		Vendredi	12h 10
	Dimanche	12h 10	

Nous vous remercions de bien vouloir confirmer l'admission du patient dans votre service,
par fax au médecin prescripteur, le plus rapidement possible.

Cadre destiné au médecin prescripteur	Cadre destiné au médecin receveur
Confirmation de la période d'admission : <input type="checkbox"/> URGENT <input type="checkbox"/> SOUS QUINZAINE <input type="checkbox"/> DANS LE MOIS <input type="checkbox"/> AU-DELA D'UN MOIS :	Admission pour :
Date : <u>././...</u>	Date :
Tampon et visa :	Tampon et visa :



CAISSE DE
PREVOYANCE SOCIALE
B.P. 1 – PAPEETE - TAHITI
N° TAHITI 183707
www.cps.pf

CERTIFICAT MEDICAL

Service Médical

☎ (889) 41 88 20/ 41 88 21
fax : (889) 45 01 34 – 54 58 67

Adresser au Médecin-Conseil de la CPS sous pli confidentiel
(enveloppe jointe) avec l'imprimé de demande d'évacuation sanitaire rempli

Remarque préliminaire : Toute demande d'évacuation sanitaire internationale doit être accompagnée d'un protocole de soins et de traitement explicite.

Identification du patient

DN :

NOM : Epouse :

Prénom : Né (e) le :

1- Pathologie :

Code CIM10 :

2- Raisons de la non faisabilité des soins programmés :

PET scanner non présent sur le territoire

3- Objectifs attendus de l'évacuation sanitaire demandée

4- Motivation médicale de la destination envisagée

Centre partenaire le plus proche

5- Motivation médicale de l'accompagnement sanitaire proposé

6- Motivation de l'accompagnement familial agréé

Identification du médecin prescripteur

Date:

Le médecin :



CAISSE DE
PREVOYANCE SOCIALE
B.P. 1 – PAPEETE - TAHITI
N° TAHITI 183707
www.cps.pf

DEMANDE D'EVACUATION SANITAIRE INTERNATIONALE

 France

 Nouvelle-Zélande

Service EVASAN

☎(889) 41 68 50/ 41 68 52
fax : (889) 41 68 51
e-mail : evasan-intern@cps.pf

**A remplir par le médecin prescripteur et à faire parvenir
au Service des EVASAN de la C.P.S. en deux exemplaires
dès que la demande d'admission dans un hôpital receveur a été effectuée**

Identification du médecin prescripteur	Identification Etablissement receveur						
	Nom : <u>The Mercy PET-CT Departement</u> Ville : <u>100 Mountain Road, Epsom</u> Professeur / Docteur : <u>Dr Valérie LEVY</u> Service : <u>Radiologie</u> Date admission proposée : Date admission enregistrée :						
Identification du patient							
DN : <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							
NOM : Epoque : Prénom : Né (e) le : Poids : Adresse : Tel. Dom : Bur : Portable:							
Personnes (famille, entourage) à contacter en cas d'urgence (NOM – Prénom – Adresse – Téléphone) 							
Situation actuelle du patient <input type="checkbox"/> hospitalisée <input type="checkbox"/> externe L'évacuation sanitaire <input type="checkbox"/> est urgente <input type="checkbox"/> peut être différée jusqu'au							
Conditions de transport du patient							
1) disposition à l'accueil (départ, escale, arrivée) fauteuil roulant : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui besoin de l'élévateur : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> V.S.L. <input type="checkbox"/> Ambulance <input type="checkbox"/> Ambulance médicalisée							
2) dispositions particulières à bord de l'avion <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; vertical-align: top;"> a) siège <input type="checkbox"/> Assis <input type="checkbox"/> Sur civière <input type="checkbox"/> Semi-allongé </td> <td style="width:33%; vertical-align: top;"> b) Repas spécial <input type="checkbox"/> mixé <input type="checkbox"/> sans sel <input type="checkbox"/> diabétique <input type="checkbox"/> dialysé <input type="checkbox"/> autres : </td> <td style="width:33%; vertical-align: top;"> c) Equipement médical Oxygène : <input type="checkbox"/> 2 litres/mn <input type="checkbox"/> continu <input type="checkbox"/> 4 litres/mn <input type="checkbox"/> discontinu Couveuse <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table>		a) siège <input type="checkbox"/> Assis <input type="checkbox"/> Sur civière <input type="checkbox"/> Semi-allongé	b) Repas spécial <input type="checkbox"/> mixé <input type="checkbox"/> sans sel <input type="checkbox"/> diabétique <input type="checkbox"/> dialysé <input type="checkbox"/> autres :	c) Equipement médical Oxygène : <input type="checkbox"/> 2 litres/mn <input type="checkbox"/> continu <input type="checkbox"/> 4 litres/mn <input type="checkbox"/> discontinu Couveuse <input type="checkbox"/>			
a) siège <input type="checkbox"/> Assis <input type="checkbox"/> Sur civière <input type="checkbox"/> Semi-allongé	b) Repas spécial <input type="checkbox"/> mixé <input type="checkbox"/> sans sel <input type="checkbox"/> diabétique <input type="checkbox"/> dialysé <input type="checkbox"/> autres :	c) Equipement médical Oxygène : <input type="checkbox"/> 2 litres/mn <input type="checkbox"/> continu <input type="checkbox"/> 4 litres/mn <input type="checkbox"/> discontinu Couveuse <input type="checkbox"/>					
Demande d'accompagnateur: <input type="checkbox"/> NON Si OUI : <input type="checkbox"/> médecin <input type="checkbox"/> infirmier <input type="checkbox"/> famille agréée	Cadre réservé au Médecin-Conseil de la CPS ou à EUROP Assistance en cas d'urgence <input checked="" type="checkbox"/> ACCORD <input type="checkbox"/> REFUS Date et Visa :						
Date : <u>J./J./...</u> Visa et cachet du médecin prescripteur:							