

Nom et prénom du patient :

Date :

## Ambulatoire plutôt que stationnaire

Critères médicaux pouvant justifier une prise en charge stationnaire (valable dès le 01.01.2018)

Critères généraux	Catégorie	1. Yeux		2. Orthopédie				3. Cardiologie				4. Vaisseaux				5. Chirurgie			6. Gynécologie		7. Urologie		8. ORL									
		Précision	1.1 Cataracte	2.1 Chirurgie de la main		2.2 Chirurgie du pied (excl. hallux valgus)		2.3 AMO		2.4 Arthroscopies du genou (incl. réparations méniscales)		3.1 PTCA		3.2 Pacemaker (incl. Remplacement)		4.1 Veines variqueuses des membres inférieurs		4.2 Angioplastie transluminale percutanée (incl. dilatation par ballonnet)		5.1 Hémorroïdes		5.2 Hernies inguinales (excl. intervention bilatérale et excl. interventions en cas d'hermie récidivante)			5.3 Circoncision		6.1 Interventions sur le col utérin		6.2 Interventions sur l'utérus		7.1 ESWL	
Age (anniversaire)	En dessous 16 ans Plus de 75 ans			C1	D1	E1		F1		G1		H1	I1	J1	K1	≤3	L1	M1	N1	O1	≤3	P1										
Maladies cardiaques	Insuffisance cardiaque NYHA > II	A2	B2	C2	D2	E2	EF < 40% et NYHA > II	F2		G2		H2	I2	J2	K2	L2	M2	N2	O2		P2											
	Hypertension artérielle incontrôlée > 160 mmHg systolique	A3	B3	C3	D3	E3		F3		G3		H3	I3	J3	K3	L3	M3	N3	O3		P3											
Maladies pulmonaires	Anesthésie générale : apnée du sommeil avec AHI ≥15 et pas de CPAP possible à domicile	A4	B4	C4	D4	E4		F4		G4		H4	I4	J4	K4	L4	M4	N4	O4		P4											
	Anesthésie générale : BPCO > GOLD II, asthme instable ou majoré	A5	B5	C5	D5	E5		F5		G5		H5	I5	J5	K5	L5	M5	N5	O5		P5											
Anomalie de la coagulation (dyscrasie)	A l'exclusion des anomalies secondaires à une thérapie	A6	B6	C6	D6	E6		F6		G6		H6	I6	J6	K6	L6	M6	N6	O6		P6											
Anticoagulation	Anticoagulant thérapeutique Double anti agrégation plaquettaire		B7	C7	D7	E7	Triple thérapies	F7		G7		H7	Triple thérapies	I7	J7	K7	L7	M7	N7	O7	P7											
Maladies neurologiques	Démence MMS ≤26, test de l'horloge ≤ 5	A8	B8	C8	D8	E8		F8		G8		H8	I8	J8	K8	L8	M8	N8	O8		P8											
Maladies métaboliques	Diabète sucré avec Glycémie capillaire >11.1 ou < 3.6 mmol/L ou HbA1c > 8%	A9	B9	C9	D9	E9		F9		G9		H9	I9	J9	K9	L9	M9	N9	O9		P9											
	Obésité BMI ≥ 40			C10	D10	E10	BMI > 35	F10		G10		H10	BMI > 35	I10	J10	K10		M10	N10	BMI < 18.5 ou >30	O10	P10										
Insuffisance rénale	Clearance créatinine <30 ml/mn	A11	B11	C11	D11	E11	< 60 ml/mn	F11	< 60 ml/mn	G11	H11	< 60 ml/mn	I11	J11	K11	L11	M11	N11	O11		P11											
Facteurs sociaux	Personne de contact pas atteignable par téléphone et pas rapidement sur place dans les premières 24 heures postopératoires	A12	B12	C12	D12	E12	Pas de personne de contact dans le même ménage	F12	Pas de personne de contact dans le même ménage	G12	H12	Pas de personne de contact dans le même ménage	I12	J12	K12	L12	M12	N12	O12		P12											
	Pas de possibilité de transport à la maison post-OP ou retour dans un hôpital (incl. Taxi)	A13	B13	C13	D13	E13		F13		G13		H13	I13	J13	K13	L13	M13	N13	O13		P13											
	Durée du trajet > 60 min. à l'hôpital avec urgence 24h et discipline correspondante	A14	B14	C14	D14	E14	>30 min	F14	>30 min	G14	H14	>30 min	I14	J14	K14	L14	M14	N14	O14	>30 min	P14											
Autres raisons	S'il y a d'autres raisons pour une prise en charge stationnaire, veuillez les indiquer sur la demande de garantie de paiement. Ces raisons seront examinées par le médecin-conseil.																															

Afin de faciliter la mise en œuvre du concept "ambulatoire plutôt que stationnaire", vous trouverez ci-dessus des critères médicaux non exhaustifs permettant de justifier une prise en charge stationnaire plutôt qu'ambulatoire. Même si l'un des critères est rempli, le patient peut quand même être pris en charge en ambulatoire. A contrario, un patient peut être hospitalisé même si aucun des critères ci-dessus n'est rempli à condition que le médecin justifie la prise en charge stationnaire.

Si un patient doit être hospitalisé pour une prestation figurant sur la liste du canton, une demande de garantie de paiement doit être déposée au préalable. Si un des critères médicaux ci-dessus est rempli (en vert), le code concerné doit être inscrit sur la demande de garantie de paiement (rubrique F) ou la case y relative doit être cochée et transmise avec la demande de garantie de paiement. La demande de garantie de paiement sera acceptée sans examen.

Si d'autres raisons justifient une prise en charge stationnaire (autres raisons, en rouge), le médecin requérant doit les indiquer sur la demande de garantie de paiement (rubrique F). Ces raisons feront par contre l'objet d'une analyse par le médecin-conseil.