ANNEXE 2 : Modèle de prière d'admettre mentionné à l'article 3.1.

S.A.M.U. 01 / S.A.M.U. 74 / Cellule Régionale des Transferts Périnataux du Réseau Périnatal des 2 Savoie

Prière d'admettre

Docteur ....., médecin régulateur

vous prie d'admettre aux Hôpitaux Universitaires de Genève

Service : .....

M ou Mme :..... **Prénom :** ..... **Age :** .....

Adresse : .....

Bilan Médical :

Numéro d'intervention start : .....

Commune d'intervention : .....

Raison de la mutation :

- ❑ Détresse vitale non stabilisée
- ❑ Saturation des hôpitaux de proximité ou impossibilité de prise en charge
- ❑ Absence de place en CHU ❑ *Grenoble* ❑ *Lyon*
- ❑ Difficultés liées au transport
- ❑ Autres .....

PLUSIEURS CRITERES POSSIBLES

Coordonnées de l'assuré(e) :

Nom : ..... Prénom : .....

Caisse : .....

N° d'immatriculation : .....

Date **Signature** **Cachet**