



FEUILLE SOMMAIRE D'HOSPITALISATION

Établissement :						
<input type="checkbox"/> Autopsie			<input type="checkbox"/> Inscrit dans un protocole de recherche			Cause immédiate du décès
Date d'admission		Date de départ		Durée du séjour		
Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour	
						Code
Diagnostic d'admission : (maladie ou affection ayant justifié l'admission)						
Diagnostic principal (préciser si différent) :						
<input type="checkbox"/> Identique au diagnostic d'admission						
Autres diagnostics et problèmes ayant eu un impact sur la prise en charge durant l'hospitalisation (comorbidité)						
Diagnostics concomitants : Maladies chroniques n'ayant pas eu d'impact sur la prise en charge durant l'hospitalisation						
Complications (phénomène morbide nouveau causé ou précipité par une affection, son investigation ou son traitement)						
Traitements médical, chirurgical, obstétrical						
Examens spéciaux (actes diagnostiques qui comportent une technique effractive, un risque de complication ou qui nécessitent une anesthésie générale ou régionale)						
Produits sanguins ou dérivés						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Nom :

Site :
Dossier :

Note complémentaire (note de départ) sur l'hospitalisation (faits marquants pendant l'hospitalisation)

Médication de départ (nom du médicament, posologie, fréquence et durée)

Orientation du patient – Recommandations au départ, suivi et relance (rendez-vous en clinique externe ou aux services diagnostiques)

Domicile Établissement : _____
(Nom de l'établissement)

Copie à

Nom du médecin ou établissement (sauf pour le médecin traitant, l'autorisation de l'usager est obligatoire)

Copie remise à l'usager

Signature du médecin responsable

N° de permis

Année / Mois / Jour