CONFIDENTIEL

FEUILLE SOMMAIRE

Centre d'hébergement et de soins de longue durée

DT9045

Établissement

Cause immédiate du décès

N° de dossier : Date d'admission :

☐ Décès ☐ Autopsie | Date du départ | Durée du séjour

Date	Diagnostics à l'admission et en cours de séjour, incluant les complications	Signature du médecin	Code

Diagnostic principal

Orientation de l'usager au départ

☐ Domicile ☐ Transfert *(endroit, date)*

☐ Autres

Signature du médecin traitant | N° permis | Date (Année, Mois, Jour)

Nom de l'usager	N° de dossier

Traitements	Signature du médecin	Code

Consultations et examens spéciaux	Interne	Externe	Code	Consultations et examens spéciaux	Interne	Externe	Code

Notes complémentaires sur le séjour

Signature du médecin traitant

N° permis

Année Mois Jour

Date

FEUILLE SOMMAIRE
Centre d'hébergement et de soins de longue durée