

## **FEUILLE SOMMAIRE**

Centre d'hébergement et de soins de longue durée



Établissement								
Cause immédi	ate du décès							
					N° de dossier :	Date d'a	dmission:	
☐ Décès	☐ Autopsie	Date du départ				Durée du séjour		
Date	Diagnostics à l	'admission et en cours d	le séjour, inclu	ant les co	mplications	Signature du méde	ecin	Code
	_							
	_							
	_							
	_							
	_							
	_							
	_							
	_							
Diagnostic prir	ncipal							
Orientation de	l'usager au départ							
	Transfert (endroit, da	ate)						
☐ Autres								
						Année	e Mo	is Jour
	Signature	du médecin traitant		N	I° permis		Date	

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

	Date			N° permis	_	tant	isat nisebe	èm ub ənutsngiS
nooL sioM	I	əènnA						
	l	 			I			lotes complémentaires sur le séjour
əpoO	Externe	Interne	ens spéciaux	Consultations et exam	əboƏ	Externe	Interne	onsultations et examens spéciaux
			_					
eboO	nio	əpşm n	Signature d					raitements

əpoO	niəəbəm u	Signature d	
	N° de dossier		Nom de l'usager