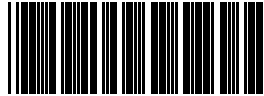


**FEUILLE SOMMAIRE**  
**Centre d'hébergement**  
**et de soins de longue durée**



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'utilisateur au départ

Domicile   
 Transfert (*endroit, date*) \_\_\_\_\_  
 Autres \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Année    \_\_\_\_\_ Mois    \_\_\_\_\_ Jour

\_\_\_\_\_ Signature du médecin traitant      \_\_\_\_\_ N° permis      \_\_\_\_\_ Date

Nom de l'utilisateur

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

Année

Mois

Jour

Signature du médecin traitant

N° permis

Date