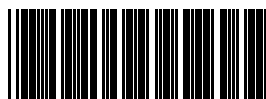


# FEUILLE SOMMAIRE D'HOSPITALISATION



DT9145

Établissement					
Date d'admission		Date de départ			Durée du séjour
Année	Mois	Jour	Année	Mois	
Cause immédiate du décès					

- Autopsie  
 Inscrit dans un protocole de recherche

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

Verso

Nom de l'utilisateur	N° de 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)

---

---

---

<b>Copie à</b>	Nom du médecin ou établissement (sauf pour le médecin traitant, l'autorisation de l'utilisateur est obligatoire)	<input type="checkbox"/> Copie remise à l'utilisateur
----------------	--	---

<b>Signature du médecin responsable</b>	N° de permis	<b>Date</b>	Année	Mois	Jour