

# FEUILLE SOMMAIRE

Nom :

Dossier :

<b>Date de l'admission :</b>	Année	Mois	Jour	<b>Date de départ :</b>	Année	Mois	Jour	<b>Durée de l'hospitalisation :</b>	_____
<b>MD traitant interne :</b>	_____							<b>Nombre d'hospitalisations :</b>	_____
<b>MD traitant externe :</b>	_____								

Inscrit dans un protocole de recherche **C O D E**

<b>Diagnostic d'admission</b> (maladie ou affection ayant justifié l'admission) :	
<b>Diagnostic principal</b> (préciser si différent) : <input type="checkbox"/> Identique au diagnostic d'admission	
<b>Autres diagnostics et problèmes ayant eu un impact sur la prise en charge durant l'hospitalisation</b> (comorbidité) :	
<b>Diagnostics concomitants</b> (maladies ou conditions chroniques n'ayant pas eu d'impact sur la prise en charge durant l'hospitalisation) :	
<b>Complications</b> (tout phénomène morbide nouveau causé ou précipité par une affection, son investigation ou son traitement) :	
<b>Traitements en cours d'hospitalisation :</b>  Électrochocs : <input type="checkbox"/> Nombre : _____	
<b>Examens spéciaux et consultations demandés :</b>  Produits sanguins ou dérivés : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Décès, cause immédiate : _____ <input type="checkbox"/> Autopsie	

## SOMMAIRE DE L'HOSPITALISATION

<b>Raison de l'entrée, diagnostic provisoire à l'admission, évolution, résultats anormaux significatifs, complications, médication en cours d'hospitalisation, effets indésirables majeurs, état à la sortie, plan de traitement, médecin traitant en externe, prochain rendez-vous, recommandations spéciales.</b>
<b>Médication psychiatrique et physique au départ</b> (nom du médicament, posologie, fréquence et durée) :
<b>Départ de l'utilisateur vers :</b> <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Autre établissement, préciser : _____

Nom :

Dossier :

Adresser une photocopie de la feuille  
sommaire à :

P.S. Sauf pour le md traitant, l'autorisation  
de l'utilisateur est obligatoire.

Copie remise à l'utilisateur

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin traitant

\_\_\_\_\_  
N° permis

Année	Mois	Jour	Heure

Date