

**FEUILLE SOMMAIRE  
D'HOSPITALISATION**



DT9044

861821

V0G579552115 2503

VOGEL SUSAN

438 466-1571 1979-05-21

9 RUE THOMAS-DENNIS

QUE  
NOTRE-DAME-DE-L'ILE-PE J7W 3K9

**Établissement**

Date d'admission	Année	Mois	Jour	Date de départ	Année	Mois	Jour	Durée du séjour

**Cause immédiate du décès**

Autopsie

Inscrit dans un protocole de recherche

Code

**Diagnostic d'admission :**

(maladie ou affection ayant justifié l'admission)

*Abnormal Uterine Bleeding*

**Diagnostic principal (préciser si différent) :**

Identique au diagnostic d'admission

*Thrombocytopenia incontinence*

**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**

*Nasal myxomatous  
TDD advantage.  
Esoscopy.*

Boston Scientific  
Advantage™ System  
GTIN 08714729470274  
REF M0068502000  
LOT 33829007



**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  Oui  Non

**Verso**

Note complémentaire (note de départ) sur l'hospitalisation (faits marquants pendant l'hospitalisation)

OK position

Médication de départ (nom du médicament, posologie, fréquence et durée)

Naprosyn  
morphine  
Colace  
cipro

Orientation du patient – Recommandations au départ, suivi et relance (rendez-vous en clinique externe ou aux services diagnostiques)

Domicile

Établissement : \_\_\_\_\_  
(Nom de l'établissement)

Nom du médecin ou établissement (sauf pour le médecin traitant, l'autorisation de l'usager est obligatoire)

Copie remise à l'usager

Copie à

Signature du  
médecin responsable

N° de permis

(9635)

Date

Année 24 Mois 11 Jour 29

1490913 A

Centre de santé et de services sociaux  
de l'Ouest-de-l'Île  
West Island  
Health and Social Services Centre

Hôpital général du Lakeshore  
Lakeshore General Hospital  
160, rue Stillview  
Pointe-Claire (Québec) H9R 2Y2

ALLERGIES	Acetaminophene	POIDS WEIGHT
DIAGNOSTIC / DIAGNOSIS		

ORDONNANCES PHARMACEUTIQUES  
MEDICATION ORDERS

INFIRMIÈRE(E)  
NURSE

Exit Medi.

- ① Nancsyn 500 po bid #30
- ② Tramadol 50-100mg q4-6h pm #10
- ③ Morphine S. Dose poos 4hr #20 reaction
- ④ Colace 100 po bid #60
- ⑤ Tylenol 500 po bid & 7d

SIGNATURE	# PERMIS / LICENCE	DATE					
	196351	24.11.29					
302629	Original = Pharmacie	-	Copie = Dossier	AN/YR	M	J/D	HEURE - TIME

Centre de santé et de services sociaux  
de l'Ouest-de-l'Île  
West Island  
Health and Social Services Centre

Hôpital général du Lakeshore  
Lakeshore General Hospital  
160, rue Stillview  
Pointe-Claire (Québec) H9R 2Y2

1490913 B

ALLERGIES	Acetaminophene	POIDS WEIGHT
DIAGNOSTIC / DIAGNOSIS		

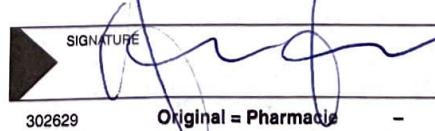
ORDONNANCES PHARMACEUTIQUES  
MEDICATION ORDERS

INFIRMIÈRE(E)  
NURSE

Off work until  
Sat 1 2025

+ no lifting until  
6 weeks

post op

SIGNATURE	PERMIS / LICENCE	DATE					
	196351	24.11.30					
302629	Original = Pharmacie	-	Copie = Dossier	AN/YR	M	J/D	HEURE - TIME