Formulaire relatif au parcours et au devenir du patient avant et après l'administration de la spécialité XIGRIS (§ 262 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation) :

II – Eléments à attester par un médecin spécialiste détenteur du titre d'intensiviste :

A۱	vant son admission à l'hôpital, ce patient	provenait de:
		Son domicile Un autre établissement hospitalier Un centre de soins Autre: Information non disponible
DA	TE D'ADMISSION	
ì	A L'HÔPITAL:	/ JJ/MM/AAA)
	A L'UNITE DE SOINS INTENSIFS:	(JJ/MM/AAAA)
Date de	e la première défaillance d'organe : •• / •• /	/ •••• (JJ/MM/AAAA)
Date de	e la deuxième défaillance d'organe : •• / ••	• / •••• (JJ/MM/AAAA)
	cialité XIGRIS a été administrée chez ce pat rée totale de 96 heures, ce qui a requis	tient dont le poids était de kg, à la dose de 24 μg/kg/heure pendan
	flacons de Xigris 5 mg	
	flacons de Xigris 20 mg	
en ce c	compris • un (• deux) flacons de XIGRIS	mg car l'administration du médicament a été interrompue
• une (• deux) fois pendant plus de 12 heures en ra	raison d'intervention(s) majeure(s).

	TYPE D'ADMISSION HOSPITALIERE: MEDICALE CHIRURGICALE (voir définition APACHE)		
	DEBUT D'ADMINISTRATION DE XIGRIS®:	(JJ/MM/AAAA)	
	SITE D'INFECTION PRIMAIRE (Veuillez cocher une seule case)		
		POUMONS	
)		ABDOMEN	
		APPAREIL URINAIRE	
		SYSTEME NERVEUX CENTRAL	
		SANG / CATHETER	
		PEAU / TISSUS MOUX	
		AUTRE	
	DATE A LAQUELLE LE PATIENT A QUITTE		
1	L'UNITE DES SOINS INTENSIFS:	/ / (JJ/MM/AAAA)	
1	L'HÔPITAL:	/ / (JJ/MM/AAAA)	
	EN CAS DE DECES A L'HÔPITAL		
•	DATE DU DECES:	/ / / / / / / / / / / / / / / / / / /	
	LE PATIENT EST DECEDE:	Dans l'unité des soins intensifs	
		Dans un autre service de l'hôpital	
	,		
	OU EN CAS DE SURVIE:	DESTINATION DU PATIENT APRES AVOIR QUITTE L'HOPITAL	
	1	SON DOMICILE	
		UN AUTRE HÔPITAL	
)		UN CENTRE DE SOINS	
		AUTRE:	
		PAS D'APPLICATION ⁽¹⁾	
III–	Identification du médecin spécialiste détente	eur du titre d'intensiviste (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :	
	(nom)		
	(préno		
	1 (N° IN. (Date)		
	(CAC	(SIGNATURE DU HET) MEDECIN)	