

Nom :

Prénom :

Dossier :

Médication au départ

(nom du médicament, posologie, fréquence et durée)

☐ Se référer au bilan comparatif des médicaments (BCM) de départ ci-joint

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

Orientation au départ : ☐ Domicile

☐ Établissement : _____
(Nom de l'établissement)

Copie à

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

☐ Copie remise à l'utilisateur

Signature du résident

Nom du résident en lettres moulées

N° de permis

(aaaa/mm/jj)

Signature du médecin responsable

Nom du médecin en lettres moulées

N° de permis

(aaaa/mm/jj)