





M.D. de famille :		

FEUILLE SOMMAIRE D'HOSPITALISATION

Autopsie	topsie Inscrit dans un protocole de recherche		Cause immédiate du décès			
Date d'admission Année/mois/jour	Date de départ Année/mois/jour	Durée du séjour				
Diagnostic principal	:					
Autres diagnostics e	et problèmes ayant	eu un impact su	ır la prise en charge durant l'hospitalisation			
Complications (phénomène morbide nouveau causé ou précipité par une affection, son investigation ou son traitement)						
Traitement médical complication ou qui néco			s spéciaux (actes diagnostiques qui comportent une technique effractive, un risque de le)			
			Produits sanguins ou dérivés : ☐ Non ☐ O			
L'usager a été notifié : ☐ Non ☐ Oui						

Médication au départ (nom du médicament, posologi	ie, fréquence et durée)	Se référer au bilan compara	tif des médicaments (E	3CM) de départ ci-joint
Note complémentaire (n	ote de départ) sur l'	hospitalisation (faits marquants pendant	l'hospitalisation)	
Orientation au départ :	Domicile			
	☐ Établissement :	(Nom de l'ét	tablissement)	
	Nom du médecin ou é	tablissement (sauf pour le médecin traitant, l'autor	isation de l'usager est obliga	atoire)
Copie à				la
				Copie remise à l'usage
Signature du ré	sident	Nom du résident en lettres moulées	Nº de permis	(aaaa/mm/jj)
Signature du médecin responsable Nom d		Nom du médecin en lettres moulées	Nº de permis	(aaaa/mm/jj)

Prénom :

Nom:

Dossier :