



\*CQ1545\*



\*HCHUL\*

M.D. de famille :

## FEUILLE SOMMAIRE D'HOSPITALISATION

<input type="checkbox"/> Autopsie		<input type="checkbox"/> Inscrit dans un protocole de recherche		Cause immédiate du décès <hr/> <hr/>
Date d'admission Année/mois/jour	Date de départ Année/mois/jour	Durée du séjour		
Diagnostic principal : <hr/>				
Autres diagnostics et problèmes ayant eu un impact sur la prise en charge durant l'hospitalisation <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				
Complications (phénomène morbide nouveau causé ou précipité par une affection, son investigation ou son traitement) <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				
Traitement médical, chirurgical, obstétrical et examens spéciaux (actes diagnostiques qui comportent une technique effractive, un risque de complication ou qui nécessitent une anesthésie générale ou régionale) <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				
				Produits sanguins ou dérivés : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
				L'usager a été notifié : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

# Dossier :

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

---

---

---

---

---

---

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

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)