



\*CQ1545\*



\*HHDQ\*

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 _____ _____
Date d'admission Année/mois/jour	Date de départ Année/mois/jour	Durée du séjour _____
Diagnostic principal :		
Autres diagnostics et problèmes ayant eu un impact sur la prise en charge durant l'hospitalisation		
Complications (phénomène morbide nouveau causé ou précipité par une affection, son investigation ou son traitement)		
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)		

Produits sanguins ou dérivés :    ☐ Non    ☐ Oui  
 L'usager a été notifié : ☐ Non    ☐ Oui

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)