**Document de sortie d’hospitalisation**

**Identification du patient : (***au minimum : Nom de naissance, Date de naissance, Sexe*)

**Médecin traitant :***(Nom et coordonnées)*

**Date d’entrée d’hospitalisation :**

**Date de sortie d’hospitalisation** *(voire date de décès le cas échéant)* **:**

**Hôpital et Service(s) d’hospitalisation :**

**Professionnel référent de la prise en charge du patient pendant hospitalisation :** *(nom, fonction)*

**Mode d'entrée :** *(programmé/urgence/ transfert et qui a adressé le patient le cas échéant)*

**Destination du patient à la sortie :**

**Coordonnées du rédacteur du document de sortie :**

**Date de rédaction :**

**Liste de diffusion du document de sortie :**

**Personne de confiance** *(optionnel**et si désignation valable au-delà de la durée d’hospitalisation)*

**Statut de ce document**

Document de sortie valant pour CRH : Oui Non .

Si Non, ce document sera complété dans un deuxième temps et envoyé au médecin traitant dans les 8  jours suivant la sortie.

***(Rubriques Obligatoires)***

**1. Motif d’hospitalisation**

**2. Synthèse médicale du séjour**

* + - Pathologies prises en charge et leur situation à la sortie
		- Patient porteur/contact de BMR ou BHRe : Non Oui si oui préciser :
		- Transfusion Non Oui si oui préciser :

**3. Actes techniques, examens complémentaires et biologiques** Résultats pertinents normaux et anormaux

* Actes techniques
* Examens complémentaires
* Examens biologiques

**4. Traitements médicamenteux**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Médicaments habituels avant l’admission***Nom (DCI OU de marque/générique) ; Dosage ; Dose ; Voie(s) d'administration ; Fréquence**Il est recommandé de présenter les médicaments par domaine pathologique* | **Médicaments à la sortie** - « *idem » si pas de changement ;* *- réécrire si modifications dans traitement ;* *- préciser « Arrêt » si arrêt* | **Commentaires***- Date d'arrêt (ou durée) pour les médicaments pas au long cours (notamment chimio et antibio)**- Justification de l'arrêt, de la suspension temporaire, de la modification d’un traitement ou de la mise en place d’un nouveau traitement au cours de l’hospitalisation* *- Cible à atteindre en termes de dose en cas de titration progressive ou de paramètre de suivi (par ex. INR)**- Préciser « essai thérapeutique » le cas échéant* |
| **Domaine :** -- |  |  |
| **Domaine :** -- |  |  |
| **Domaine :** -- |  |  |

Etc.

**5. Suite à donner**

* Non Oui si oui préciser ci-dessous
* **Volet continuité des soins**
	+ RDV médicaux : Non Oui *si oui les indiquer (en précisant si RDV pris ou à prendre par le patient)*
	+ Examens complémentaires à faire : Non Oui *si oui les indiquer (en précisant si RDV pris ou à prendre par le patient)*
	+ Soins infirmiers : Non Oui *si oui les indiquer*
	+ Soins de rééducation : Non Oui *si oui les indiquer*
	+ Examens dont les résultats sont en attente : Non Oui *si oui les indiquer*
* **Volet médicosocial**
	+ Actions déjà mises en place (par l’hôpital avant la sortie) : Non Oui *si oui les indiquer*
	+ Actions préconisées (dont la mise en place est à organiser) : Non Oui *si oui les indiquer*
	+ Demande d’ALD : Non applicable Faite A demander *s*
	+ Points de vigilance : Non Oui *si oui les indiquer*
* **Conseils, recommandations** (par ex si chimiothérapie ou si patient inclus dans essai thérapeutique : préciser les événements indésirables possibles et la conduite à tenir), **surveillance particulière** (applicable pour : AVK, diurétiques, chimiothérapie)

 *(Rubriques laissées au choix des équipes)*

**Antécédents**

**Événements indésirables (dont allergies)** Obligatoire si survient au cours de l’hospitalisation

* Type de réaction adverse ou d’allergie :
* Type de manifestation :
* Sévérité de la réaction : Haute , Modérée , Basse .
* Statut : Actif , Inactif , Chronique , Intermittent , Récurrent , Résolu ;
* Agent responsable :
* Commentaires :

**Mode de vie** *(Tabac, alcool, activité physique, régime alimentaire)*

**Histoire de la maladie**

**Examen Clinique et statut fonctionnel**

**Evolution dans le service.**

**Actes techniques, examens complémentaires et biologiques (non mis dans 3)**

**Liste des éléments remis au patient**