

Document de sortie d'hospitalisation > 24h¹

Référentiel des informations relatives au séjour et nécessaires à la continuité et à la sécurité, à la sortie d'hospitalisation

Fiche d'utilisation

Préambule

Le document de sortie d'hospitalisation comprend les principaux éléments résumés relatifs au séjour du patient ainsi que les éléments utiles à la continuité des soins hôpital ville² (ou structure d'aval).

Il s'intègre dans le Programme national de sécurité du patient (PNSP). C'est un élément essentiel de la sécurisation de la prise en charge. Il sera renforcé *via* les indicateurs de qualité et de sécurité des soins avec une contrainte sur le délai de remise au patient le jour de la sortie et de mise à disposition aux professionnels d'aval.

Il est destiné au patient (remis en main propre) et aux professionnels de santé amenés à prendre en charge le patient en aval du séjour (que ce soit en ville ou dans un autre établissement de santé). Il devra être déposé dans le DMP (dossier médical partagé) quand il existe, et adressé par messagerie sécurisée aux professionnels de santé identifiés impliqués dans la prise en charge du patient.

Il constitue tout ou partie du compte rendu d'hospitalisation (CRH) (ou courrier de fin d'hospitalisation) soit dans sa version remise le jour de la sortie soit dans sa version complétée dans les 8 jours suivant la sortie.

Contenu et modalité de production

Le document de sortie est constitué de rubriques dites obligatoires et de rubriques laissées aux choix des équipes en fonction de leur environnement et de la situation du patient (en fonction de l'environnement et du contexte, ce choix est utilement discuté avec la ville [ou structure d'aval] afin de répondre aux besoins des professionnels qui assurent la prise en charge du patient en sortie d'hospitalisation).

Deux situations différentes sont à considérer : d'une part, le cas d'un séjour hospitalier avec tous les résultats disponibles le jour de la sortie du patient et, d'autre part, le cas d'un séjour hospitalier dont certains résultats d'examens ne sont pas disponibles le jour de la sortie du patient. Dans le premier cas, le document de sortie, diffusé le jour de la sortie, est complet et correspond au CRH. Dans le cas d'un séjour hospitalier avec des résultats d'examens non disponibles le jour de la sortie du patient, le document de sortie transmis le jour de la sortie devra explicitement faire apparaître son statut de document de sortie incomplet avec les résultats à venir, en attente du CRH complété qui devra être transmis dans un délai de 8 jours suivant la sortie.

¹ Ce référentiel des informations relatives au séjour et nécessaires à la continuité et à la sécurité, à la sortie d'hospitalisation ne crée pas un nouveau document. Il s'applique à tout document remis au patient à la sortie d'une hospitalisation et adressé aux professionnels de santé amenés à le prendre en charge en aval du séjour, quelle qu'en soit la dénomination : compte rendu d'hospitalisation et lettre rédigée à l'occasion de la sortie (Article R 1112-1 et 2 CSP), lettre ou document de liaison, courrier de fin d'hospitalisation (indicateur IPAQSS qui visait déjà tout document remis à la sortie quelle qu'en soit la dénomination).

² *Fiches points clés & solutions HAS [Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées ? HAS. Juin 2013.](#)*

La production du document de sortie, généré automatiquement à partir des informations saisies au fil de l'eau, au cours de l'hospitalisation, dans des champs précis du dossier patient informatisé, ne s'entend que dans le cas d'établissements informatisés dotés d'un SIH et d'outils de production permettant cette fonctionnalité.

1.1.1 Qualité du document de sortie

À partir des rubriques obligatoires, le contenu d'un nouvel indicateur de qualité et de sécurité des soins (qualité du document de sortie d'hospitalisation) viendra progressivement remplacer l'indicateur existant DEC (délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation). L'évolution de cet indicateur se fera en deux temps : 1/ le délai de mise à disposition le jour de la sortie (généralisation en 2014, diffusion publique en 2016) ; 2/ évolution du contenu exigé (généralisation en 2016, diffusion publique en 2018).

Dans le cadre de l'évaluation du nouvel indicateur, tous les supports (papier ou informatisé) utilisés pourront être pris en compte.

1.1.2 Lien avec le volet médical de synthèse

Nous rappelons qu'il existe un document de synthèse médicale qui doit être élaboré par le médecin traitant, conformément à la convention nationale des médecins de juillet 2011. Il comprend :

- les pathologies en cours,
- les antécédents personnels (y compris allergies et intolérances médicamenteuses),
- les facteurs de risque (FDR) (comprenant : ATCD familiaux, FDR liés au mode de vie [alcool, tabac, activité physique, alimentation], FDR professionnels),
- les traitements au long cours,
- les "Points de vigilance".

Le Volet de synthèse médicale est formaté conformément aux spécifications techniques précisées par le cadre d'interopérabilité, afin de permettre l'échange et le partage de cette synthèse par voie électronique (DMP et/ou messageries sécurisées).

Il a vocation à être pris en compte dans le document de liaison rédigé par le médecin traitant qui adresse un patient à un établissement de santé (NB document en cours de définition dans la nouvelle loi de santé).

Rubriques obligatoires

Rubriques	champs			Description
1. Motif d'hospitalisation Obligatoire	Motif d'hospitalisation (texte libre)			
2. Synthèse médicale du séjour Obligatoire	<ul style="list-style-type: none"> • Pathologies prises en charge et leur situation à la sortie <ul style="list-style-type: none"> ○ patho A ○ Patho B ○ etc • Patient porteur/contact de BMR ou BHRé <ul style="list-style-type: none"> ○ O/N, ○ si oui préciser • Transfusion <ul style="list-style-type: none"> ○ O/N ○ Si OUI, préciser 			<ul style="list-style-type: none"> • Pour les patients qui ne souhaiteraient pas connaître leur diagnostic, il est proposé de le signaler via l'item « point de vigilance » dans la rubrique « Suite à donner » qui sous-entend qu'un contact de vive voix entre l'équipe hospitalière et les professionnels d'aval serait nécessaire. Le document de sortie est, dans ce cas, remis au patient sous pli fermé. • Préciser le type de PSL transfusé
3. Actes techniques, examens complémentaires et biologiques Obligatoire	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats pertinents normaux et anormaux des actes techniques <ul style="list-style-type: none"> ○ Acte et résultat ○ Etc. • Résultats pertinents normaux et anormaux des examens complémentaires <ul style="list-style-type: none"> ○ Examen et résultat ○ etc. • Résultats pertinents normaux et anormaux des examens biologiques <ul style="list-style-type: none"> ○ Examen et résultat ○ etc. 			
4. Traitements médicamenteux Obligatoire	Médicaments habituels avant l'admission	Médicaments à la sortie	Commentaires <ul style="list-style-type: none"> - Date d'arrêt (ou durée) pour les médicaments qui ne sont pas au long cours (notamment chimiothérapie et antibiothérapie) - 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 le cas échéant « essai 	<ul style="list-style-type: none"> • L'enjeu de cette rubrique est de procéder à la conciliation médicamenteuse (bilan comparatif) afin de proposer un traitement de sortie qui intègre, avec les adaptations nécessaires, le traitement personnel du patient (avant son hospitalisation) et le traitement résultant du motif de l'hospitalisation. • Les « Médicaments habituels avant l'admission » sont aussi appelés « traitement personnel du patient » • Concernant la justification des modifications du traitement, cela ne concerne pas toutes les modifications thérapeutiques tout au long du séjour mais seulement les différences du traitement de sortie par rapport au traitement habituel du patient avant l'hospitalisation.

Rubriques	champs			Description
	<p>Domaine pathologique A</p> <p>(Médicament 1) Nom (DCI OU de marque/générique) ; Dosage ; Dose ; Voie(s) d'admini ; Fréquence</p> <p>(Médicament 2) Nom (DCI ou de marque/générique) ; Dosage ; Dose ; Voie(s) d'admini ; Fréquence</p> <p>Etc.</p> <p>Domaine pathologique B</p> <p>(Médicament 1) Nom (DCI OU de marque/générique) ; Dosage ; Dose ; Voie(s) d'admini ; Fréquence</p> <p>(Médicament 2) Nom (DCI ou de marque/générique) ; Dosage ; Dose ; Voie(s) d'admini ; Fréquence</p> <p>Etc.</p> <p>etc.</p>	<p>(idem si pas de changement ; réécrire si modifications dans traitement ; Arrêt si arrêt)</p>	<p>thérapeutique » si le médicament est donné au patient dans le cadre d'un essai thérapeutique</p> <p><i>Justification des modifications</i></p> <p><i>Justification arrêt</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • La justification d'une non prescription d'un traitement classiquement recommandé (applicable pour Insuffisance cardiaque, IDM) est recommandé afin d'éviter que cela puisse être considéré comme un oubli par le(s) médecin(s) qui prendra(ont) le patient en charge à la sortie de l'hospitalisation • Le classement des médicaments par domaine pathologique est recommandé.
<p>5. Suite à donner Obligatoire</p>	<p>○ O/N</p> <p>Si Oui, préciser</p> <ul style="list-style-type: none"> • Volet continuité des soins <ul style="list-style-type: none"> ○ RDV médicaux, en précisant si RDV pris ou à prendre par le patient ○ Examens complémentaires à faire, en précisant si RDV pris ou à prendre par le patient ○ Soins infirmiers ○ Soins de rééducation ○ Examens dont les résultats sont en attente • Volet médicosocial <ul style="list-style-type: none"> ○ Actions déjà mises en place (par l'hôpital avant la sortie) 			<ul style="list-style-type: none"> • Les RDV comprennent l'ensemble des RDV médicaux prévus ou à prévoir (et dans quel délai) à l'hôpital ou en ville y compris avec le médecin traitant • Les soins de rééducation comprennent les soins des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des orthophonistes, des psychomotriciens, des diététiciens, des orthoptistes, des podologues.

Rubriques	champs	Description
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Actions préconisées (dont la mise en place est à organiser) ○ Demande d'ALD faite ou à demander, le cas échéant ○ Points de vigilance : O/N (1) ● 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) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Les actions déjà mises en place et les actions préconisées du volet médicosocial correspondent aux éléments nécessaires à l'organisation du maintien à domicile. ● Point de vigilance Oui/Non : si « Oui », un contact de vive voix entre l'équipe hospitalière et les professionnels d'aval serait nécessaire, notamment pour préciser ce qui a été dit au patient. ● En cancérologie, soit un PPS (avec indication des suites à donner, des surveillances particulières et des CAT) est rédigé à côté du document de sortie, et dans ce cas il doit y être fait simplement référence, soit les éléments du PPS (les surveillances spécifiques et les CAT) sont intégrés dans le document de sortie.
<p>Rubriques laissées au choix des équipes</p> <p>Le document de sortie est destiné à favoriser la continuité des soins, notamment par l'équipe soignante de ville qui connaît a priori les antécédents et le mode de vie du patient. Ainsi, les rubriques laissées au choix des équipes figurent a priori dans le volet de synthèse médicale. Néanmoins, un établissement, un service peut faire le choix de renseigner tout ou une partie de ces rubriques en fonction de la population prise en charge, du type de l'aval (HAD, SSR, etc.), de la disponibilité du volet de synthèse médicale et des attentes / besoins des professionnels</p>		
<p>6. Antécédents</p>		
<p>7. Événements indésirables (dont allergies)</p> <p>Obligatoire si survient au cours de l'hospitalisation</p>	<p>Événements indésirables (dont allergies)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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 	<ul style="list-style-type: none"> ● Cette rubrique est Obligatoire si l'allergie ou la réaction adverse survient au cours de l'hospitalisation ● Les événements indésirables sont par exemple Insuffisance rénale aiguë sous IEC, syndrome parkinsonien sous neuroleptiques ● Le type d'allergie ou de réaction adverse correspond par exemple à Hypersensibilité immunologique suite à une exposition, Réaction adverse suite à une exposition, Allergie à un produit pharmaceutique, Allergie autre qu'un médicament ou aliment, Allergie alimentaire, Réaction adverse à un médicament, Réaction adverse environnementale, Réaction adverse à un aliment, Hypersensibilité non immunologique à médicament, etc. ● Dans la partie commentaires, le traitement utilisé pour la prise en charge de la réaction allergique peut être précisé afin de donner une idée précise de la gravité de la réaction et de son traitement nécessaire

Rubriques	champs	Description
8. Mode de vie	<ul style="list-style-type: none"> • tabac • alcool • activité physique • régime alimentaire 	
9. Histoire de la maladie		
10. Examen Clinique et statut fonctionnel	<ul style="list-style-type: none"> > Revue par organe (optionnel) > Examen Clinique (optionnel) > Principales constantes (optionnel) > Etat fonctionnel (optionnel) 	
11. Evolution dans le service.		
12. Actes techniques, examens complémentaires et biologiques	Peut contenir les résultats additionnels qui n'ont pas été considérés comme « pertinents normaux et anormaux » et qui ne figurent donc pas dans la section 3 ci-dessus	
13. Liste des éléments remis au patient		<ul style="list-style-type: none"> • Ces éléments correspondent à des documents d'informations (type brochure) sur la maladie, des documents d'éducation thérapeutique, au carnet de suivi (par ex. AVK), aux coordonnées Association patients, etc. • La remise de ces documents doit être accompagnée.

(1). Point de vigilance Oui/Non : Si « Oui », un contact de vive voix entre l'équipe hospitalière et les professionnels d'aval serait nécessaire.

Rubriques médico-administratives

Les rubriques suivantes seront pour partie mises au début du document de sortie et pour d'autres laissées à la fin du document de sortie.

Rubriques	champs	Description
Identification du patient	Au minimum : <ul style="list-style-type: none"> • Nom de naissance • Date de naissance • Sexe 	L'« identification du patient » doit être précisée (nom de naissance, invariants, ...), selon les dispositions de l'instruction DGOS/MSIOS de 2013 http://basedaj.aphp.fr/daj/public/index/display/id_fiche/11316
Nom et coordonnées du médecin traitant		
Date d'entrée et de sortie d'hospitalisation (voire date de décès)		
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		<ul style="list-style-type: none"> • Le moyen de transport ou du moins une indication pour certains patients sera précisé lorsque cela a un intérêt pour la continuité des soins
Coordonnées du rédacteur du document de sortie		
Date de rédaction		
Liste de diffusion du document de sortie		<ul style="list-style-type: none"> • Cette liste est établie conformément à l'article L.1111-2 du code de la santé publique qui stipule notamment que : <i>« L'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie. »</i> • Le document de sortie est remis en mains propres au patient et adressé par messagerie sécurisée au médecin traitant, ainsi qu'à toute autre

Rubriques	champs	Description
		personne de l'équipe soignante prenant en charge le patient à sa sortie, et désignée par le patient ou sa famille. Par ailleurs, et afin de garantir la continuité des soins, le document de sortie devra également être déposé dans le DMP (ou dossier médical partagé) lorsqu'il existe afin d'être accessible aux acteurs de la prise en charge du patient, non identifiés au moment de la sortie.
Statut de ce document	<ul style="list-style-type: none"> 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. 	*8 jour est une valeur proposée par défaut. Si les résultats en attente sont disponibles plutôt dans les 14 que dans les 8 jours, le préciser.
Personne de confiance (optionnel et si désignation valable au-delà de la durée d'hospitalisation)	<ul style="list-style-type: none"> Nom N° de téléphone 	Le nom et le numéro de téléphone de la personne de confiance est à préciser s'il y a lieu, et particulièrement si cette désignation s'est imposée du fait même des conditions de l'hospitalisation dont il s'agit, et si cette désignation est valable au-delà de la durée d'hospitalisation. <u>Article L1111-6 du code de la santé publique</u> stipule que : <i>« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment.[...] »</i> <i>Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement. [...] »</i>