

FICHE RETOUR à domicile ou en institution



CENTRE
HOSPITALIER
ORANGE



Membre des
HÔPITAUX
PUBLICS
DE VAUCLUSE
Groupe Hospitalier de Territoire

À remplir par l'équipe soignante du service hospitalier responsable du patient

Attention cette fiche ne fait pas office de compte-rendu d'hospitalisation

IDENTIFICATION SERVICE DE SOINS

Fiche remplie le par

Établissement

Service

Étiquette patient

Nom du patient

Prénom

Date d'entrée

Date de sortie

LIEU DE RETOUR (coordonnées)

- ☐ Domicile
☐ Service Hospitalier
☐ Établissement médico social

RENDEZ-VOUS / EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Le prochain rendez-vous

☐ Est fixe

Date Heure Service

Médecin Tel

☐ Est à prendre dans un délai de

Service Médecin Tel

Le prochain rendez-vous

- ☐ Prélèvements
☐ Radio
☐ Autres

BILAN ACTUEL

Manifestations douloureuses

Signes Localisation

Traitement

Date et heure des derniers soins

Pansement Prise des médicaments Sondage

Date de changement ou pose de dispositifs

Bouton de gastrotomie Canule de trachéo Sonde urinaire

Poche Cathé Nouveau dispositif

BMR ☐ OUI ☐ NON Si oui, précautions particulières

Date et heure de la dernière prise alimentaire

De quel type Régime

Date des dernières selles Date des dernières règles

État cutané

Reprise de la station assise ☐ OUI, depuis ☐ NON

Installation préconisée

<input type="checkbox"/>	de jour	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	de nuit	<input type="text"/>

Prochains soins à faire

<input type="checkbox"/>	Pansement	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Ablation de fils	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Rééducation	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Autres	<input type="text"/>

Précautions et surveillance particulières à prendre

Informations données à la famille

Par un médecin	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Par un infirmier	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Documents remis	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> NON

Matériel à la sortie

Fauteuil	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Corset-siège	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Attelle	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Chaussures	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Coussins	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Appareil de ventilation	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Autres

Est-il nécessaire de réactualiser les fiches vie quotidienne suite à cette hospitalisation ?

☐ OUI ☐ NON