

FICHE RETOUR à domicile ou en institution



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

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

IDENDITIFICATION 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="checkbox"/> de nuit	

Prochains soins à faire

<input type="checkbox"/> Pansement	
<input type="checkbox"/> Rééducation	

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

Précautions et surveillance particulières à prendre**Informations données à la famille**

Par un médecin OUI NON
Par un infirmier OUI NON
Documents remis OUI NON

Matériel à la sortie

Fauteuil	<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON
Attelle	<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON
Coussins	<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON

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

Autres

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