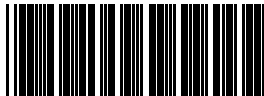


FEUILLE SOMMAIRE  
D'HOSPITALISATION  
Modèle personnalisé



DT9044

|                              |      |                |       |                 |      |
|------------------------------|------|----------------|-------|-----------------|------|
| Établissement                |      |                |       |                 |      |
| CISSS de la Montérégie-Ouest |      |                |       |                 |      |
| Date d'admission             |      | Date de départ |       | Durée du séjour |      |
| Année                        | Mois | Jour           | Année | Mois            | Jour |
|                              |      |                |       |                 |      |
| Cause immédiate du décès     |      |                |       |                 |      |
|                              |      |                |       |                 |      |
|                              |      |                |       |                 |      |

☐ Autopsie

☐ Inscrit dans un protocole de recherche

Code

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Diagnostic d'admission :<br>(maladie ou affection ayant justifié l'admission)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                           |
| Diagnostic principal (préciser si différent) :<br><input type="checkbox"/> Identique au diagnostic d'admission                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                           |
| Autres diagnostics et problèmes ayant eu un impact sur la prise en charge durant l'hospitalisation (comorbidité)<br><div><input type="checkbox"/> AVC : _____<br/><input type="checkbox"/> Ancien    <input type="checkbox"/> Aigu</div> <div><input type="checkbox"/> Anémie : _____<br/><input type="checkbox"/> Angine : _____</div> <div><input type="checkbox"/> Anomalie valves cardiaques<br/><input type="checkbox"/> Apnée du sommeil<br/><input type="checkbox"/> Arthrose (ostéo-arthrose)<br/><input type="checkbox"/> Asthme</div> <div><input type="checkbox"/> Bloc de branche<br/><input type="checkbox"/> Constipation<br/><input type="checkbox"/> Déconditionnement<br/><input type="checkbox"/> Diabète : _____<br/><input type="checkbox"/> Dyslipidémie<br/><input type="checkbox"/> Dyspepsie<br/><input type="checkbox"/> Épilepsie</div> <div><input type="checkbox"/> Fibrillation auriculaire<br/><input type="checkbox"/> Flutter auriculaire<br/><input type="checkbox"/> HTA<br/><input type="checkbox"/> Hypokaliémie<br/><input type="checkbox"/> Hyponatrémie<br/><input type="checkbox"/> Hypothyroïdie<br/><input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque</div> <div><input type="checkbox"/> IRA<br/><input type="checkbox"/> IRC<br/><input type="checkbox"/> MCAS<br/><input type="checkbox"/> MPOC : _____<br/><input type="checkbox"/> MVAS (ASO)<br/><input type="checkbox"/> Obésité : _____<br/><input type="checkbox"/> Ostéoporose</div> <div><input type="checkbox"/> Oxygéo-dépendant<br/><input type="checkbox"/> Perte d'autonomie<br/><input type="checkbox"/> Pneumonie<br/><input type="checkbox"/> Porteur pacemaker<br/><input type="checkbox"/> RGO<br/><input type="checkbox"/> Tabagisme actif / ancien<br/><input type="checkbox"/> Tr. cognitif : _____</div> |                                                           |
| Diagnosics concomitants :<br>Maladies chroniques n'ayant pas eu d'impact sur la prise en charge durant l'hospitalisation                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                           |
| Complications (phénomène morbide nouveau causé ou précipité par une affection, son investigation ou son traitement)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                           |
| Traitements médical, chirurgical, obstétrical<br>Examens spéciaux (actes diagnostiques qui comportent une technique effractive, un risque de complication ou qui nécessitent une anesthésie générale ou régionale)<br><div><input type="checkbox"/> Bronchoscopie<br/><input type="checkbox"/> Colonoscopie<br/><input type="checkbox"/> Cystoscopie<br/><input type="checkbox"/> OGD<br/><input type="checkbox"/> Biopsie<br/>Site(s) : _____</div> <div><input type="checkbox"/> Cholangiographie<br/><input type="checkbox"/> Échographie : _____<br/><input type="checkbox"/> IRM : _____<br/><input type="checkbox"/> TDM : _____<br/><input type="checkbox"/> TEP scan</div> <div><input type="checkbox"/> ECG<br/><input type="checkbox"/> Coronarographie<br/><input type="checkbox"/> MIBI</div> <div><input type="checkbox"/> Chimiothérapie<br/><input type="checkbox"/> Hémodialyse<br/><input type="checkbox"/> Nutrition parentérale<br/><input type="checkbox"/> Transfusion : _____<br/><input type="checkbox"/> WinRho<br/><input type="checkbox"/> Vaccin : _____<br/><input type="checkbox"/> Ventilation</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                           |
| Produits sanguins ou dérivés                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Verso

