

DOSSIER PATIENT

N° Patient :

N° Hospitalisation : /

Nom : _____ Prénom : _____

Epouse de : _____

Nom du père : _____

Nom de la mère : _____

Sexe Date de naissance

Adresse : _____

Profession : _____

Personne à prévenir : _____ Tel : _____

ADMISSION

Date d'entrée Service : _____

Type d'entrée 1 : de la consultation
 2 : en urgence

Date transfert 1 Service : _____

Date transfert 2 Service : _____

Référence 1 : non référé 2 : Cscm 3 : Csref 4 : HR 5 : HN
 6 : cab médical privé 7 : cab soins privé 8 : clinique privée

Nom de la personne qui réfère : _____

Motif d'admission : _____

OBSERVATION D'ENTREE

Observation faite par : _____ (nom du médecin)

OBSERVATIONS QUOTIDIENNES

date	observation	prescriptions

OBSERVATIONS QUOTIDIENNES

date	observation	prescriptions

OBSERVATIONS QUOTIDIENNES

date	observation	prescriptions

SOINS INFIRMIERS

date	observation

EXAMEN COMPLEMENTAIRES

Date	Nature de l'examen	Résultat

SORTIE

Date de sortie

Type de sortie 1 : normale 2 : référé vers autre structure 3 : décédé
4 : abandon (sortie contre avis médical ou fuite)

Diagnostic de sortie : _____

Suivi : _____

Contre référence adressée à : _____

Si intervention chirurgicale

Type d'intervention : _____

Compte rendu opératoire : _____

Nom du chirurgien : _____

Nom anesthésiste : _____

Si Décès

Cause du décès : _____

Nom et signature du médecin : _____