

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

Synthèse du contenu du document de sortie d'hospitalisation Les rubriques

Rubriques	
1. Motif d'hospitalisation	Obligatoire
2. Synthèse médicale du séjour	Obligatoire
3. Actes techniques, examens complémentaires et biologiques	Obligatoire
4. Traitements médicamenteux	Obligatoire
5. Suite à donner	Obligatoire
Rubriques laissées au choix des équipes	
6. Antécédents	
7. Événements indésirables (dont allergies)	Obligatoire si survient au cours de l'hospitalisation
8. Mode de vie	
9. Histoire de la maladie	
10. Examen Clinique et statut fonctionnel	
11. Evolution dans le service	
12. Actes techniques, examens complémentaires et biologiques	
13. Liste des éléments remis au patient	

Rubriques médico-administratives

Identification du patient
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)

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).

Destination du patient à la sortie
Coordonnées du rédacteur du document de sortie
Date de rédaction
Liste de diffusion du document de sortie
Statut de ce document
Personne de confiance (optionnel et si désignation valable au-delà de la durée d'hospitalisation)

Les rubriques et leur contenu

Rubriques	champs		
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 		
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 Domaine pathologique A (Médicament 1) Nom (DCI OU de marque/générique) ; Dosage ; Dose ; Voie(s) d'admini ; Fréquence (Médicament 2) Nom	Médicaments à la sortie (idem si pas de changement ; réécrire si modifications dans traitement ; Arrêt si arrêt)	Commentaires - 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 thérapeutique » si le médicament est donné au patient dans le cadre d'un essai thérapeutique Justification des modifications Justification arrêt

Rubriques	champs		
	(DCI ou de marque/générique) ; Dosage ; Dose ; Voie(s) d'admini ; Fréquence Etc. Domaine pathologique B (Médicament 1) Nom (DCI OU de marque/générique) ; Dosage ; Dose ; Voie(s) d'admini ; Fréquence (Médicament 2) Nom (DCI ou de marque/générique) ; Dosage ; Dose ; Voie(s) d'admini ; Fréquence Etc. etc.		
5. Suite à donner Obligatoire	<ul style="list-style-type: none"> • O/N Si Oui, préciser <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) ○ 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) 		
Rubriques laissées au choix des équipes			
6. Antécédents			
7. Événements indésirables (dont allergies) Obligatoire si survient au cours de l'hospitalisation	Événements indésirables (dont allergies) <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 		
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) 		

Rubriques	champs
	> 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	

1. point de vigilance Oui/Non : « Oui » sous-entend qu'un contact de vive voix entre l'équipe hospitalière et les professionnels d'aval serait nécessaire

Rubriques médicoadministratives

Identification du patient	Au minimum : <ul style="list-style-type: none"> • Nom de naissance • Date de naissance • Sexe
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	
Coordonnées du rédacteur du document de sortie	
Date de rédaction	
Liste de diffusion du document de 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.
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