**Date et heure de rédaction-fiche : Remplie par (Nom-Fonction):**

**Nom du service hospitalier : 🕿du service hospitalier :**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**IDENTITE DU RÉSIDENT**

**Nom : Prénom : Date de naissance :**

**□ a été hospitalisé (e) du……………………………………au…………………………………**

**□ a été vu dans notre service le………………………………………………………………...**

**Par le Docteur : …………………………………………………………………………………………**

**CONTACT : PERSONNE/SERVICE INFORMÉ(E) DU RETOUR à l’établissement médico-social**

**Nom et fonction du contact informé : …………………………………………………………………………………………………………………….**

**Les soins prévus dans les suites du retour peuvent-ils être assurés dans l’établissement médico-social, dans les heures qui suivent le retour ?** □ oui □ non (= temporisation du retour à l’EMS)

**Famille de l’usager informée :**  **□ Oui □ Non**

**DIAGNOSTIC ET EXAMENS COMPLÉMENTAIRES EFFECTUÉS**

**TRAITEMENT EFFECTUÉ SUR PLACE ET MESURES PROPOSÉES**

**Changement de traitement : □ Oui □ Non Ordonnance jointe : □ Oui □ Non**

**SOINS A VENIR**

**Ablation** □ **de fils Localisation :**………….…………… **Date :…………………………**

□ **d’agrafes Date des dernières selles :** …………………………………………….

□ **Pansement** T**ype de pansement :** …………………………………………………………… **Fréquence : ………………………..**

□ **Autres** **:** …………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Précautions et surveillances particulières :** ……..………..………..………..………..………..………..………..………..………..………..………

………..………..………..………..………..………..………..………..………..………..………..………..………..………..………..………..………..………..………..………..

**Informations données à la famille : □ Oui □ Non**

**Consultation/RDV :………………………… Précision :**

**Date : Heure : Lieu : 🕾 :**

**PROGRAMMATION DU SUIVI MEDICAL/PARAMEDICAL**