

B FICHE RETOUR à domicile ou en institution

Fiche de préparation au retour

Fiche de retour Modifications par rapport à la fiche de préparation OUI NON

A remplir par l'équipe soignante du service hospitalier responsable du patient si possible avant le retour du patient et à actualiser le jour de son retour et à adresser à l'équipe médicale et paramédicale du lieu de vie du patient.



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

Date :	IDENTIFICATION DU PATIENT	
Remplie par	NOM :	ETIQUETTE
Nom :	Prénom :	
Qualité :	Date d'entrée :	
Etablissement :	Date de sortie :	
Service :		
Tél :		

ORGANISATION DU RETOUR DU PATIENT

TYPE ET MOTIF D'HOSPITALISATION

SERVICES AIGUS (court séjour) : Urgence Programmé Motif :

SERVICES SSR (moyen séjour) Motif :

LIEU DE RETOUR

Domicile Famille Service Hospitalier Etablissement médico-social

Coordonnées :

MODALITES DE RETOUR

Pas de changement par rapport à l'état initial

Nécessité de l'intervention d'un assistant social Date du RV :

Nécessité d'un aménagement du lieu de vie Précisez :

Nécessité d'une aide supplémentaire transitoire Précisez :

Ordonnances jointes : OUI NON

médicaments matériels IDE Kiné HAD Autres (précisez) :

Précisions ou remarques :

RENDEZ-VOUS / EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Le prochain rendez-vous

Est fixé Date : Heure :

Service : Médecin : Tél :

Est à prendre dans un délai de :

Service : Médecin : Tél :

Examens complémentaires demandés pour ce rendez-vous

Prélèvements Réalisés sur place A réaliser préalablement et apporter les résultats
Service le horaires :

Imagerie Réalisés sur place A réaliser préalablement et apporter les résultats
Service le horaires :

Autres Réalisés sur place A réaliser préalablement et apporter les résultats
Service le horaires :

BILAN A LA SORTIE

NOM

Prénom Date :

Manifestations douloureuses

Signes Localisation

Horaires Traitement

Date et heure des derniers soins

Pansement Sondage

Prise des médicaments (précisez lesquels) :
.....

Date de changement ou pose de dispositifs spéciaux

Bouton de gastrostomie Canule de trachéo Sonde Urinaire

Perfusion Cathé Autre

Nouveau dispositif (précisez) :

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

Etat cutané

Installation préconisée

 de jour : de nuit :

Modes de déplacement (si différent de l'état initial) :

Appui debout OUI NONRetournement dans le lit OUI NON Transfert (lit-fauteuil) OUI NONPosition assise OUI NON Utilisation autonome du fauteuil OUI NON

Prochains soins à faire

 Pansement Ablation de fils Autres :

Matériel à la sortie si changement par rapport à l'entrée en hospitalisation

Fauteuil OUI NON Corset-siège OUI NONAttelle OUI NON Chaussures OUI NONCoussins OUI NON Appareil de ventilation OUI NON

Précautions et surveillance particulières à prendre

Affaires et matériel personnels apportés par le patient

Restitution conforme à l'inventaire d'entrée OUI NON si Non précisez :Informations données à : Représentant légal : OUI NON Famille : OUI NON Personne de confiance : OUI NON accompagnant de l'établissement adresseur : OUI NON