**MODÈLE DE FORMULAIRE DE CONGÉ DU PATIENT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOM DE L'HÔPITAL | FORMULAIRE DE SORTIE DU PATIENT | **VOTRE LOGO** |
| 123, rue Main | **NOM DU PATIENT** | **DATE D'ADMISSION** |
| Hamilton, OH 44416 |   |   |
| TÉLÉPHONE:  | **IDENTIFIANT DU PATIENT** | **DATE DE DÉCHARGE** |
| FAX:  |   |   |
| Messagerie électronique | **APPROBATION DU MÉDECIN** | **DATE DU PROCHAIN EXAMEN** |
| Web |   |   |
|  |  |  |
| **MOTIF DE L'ADMISSION** | **DIAGNOSTIC À L'ADMISSION** | **RÉSUMÉ DU TRAITEMENT** |
|   |   |   |
| **MOTIF DE LA DÉCHARGE** | **DIAGNOSTIC À LA SORTIE** | **PLAN DE TRAITEMENT SUPPLÉMENTAIRE** |
|   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |
| **COORDONNÉES DU PATIENT** | **MÉDICAMENT** | **DOSAGE** | **QUANTITÉ** | **FRÉQUENCE** | **DATE DE FIN** |
| **ADRESSE** |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| **TÉLÉPHONE** |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| **MESSAGERIE ÉLECTRONIQUE** |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| **SIGNATURE** | **NOTES** | **STATUT DU PATIENT** |
|   |   | **DÉCÉDÉ** | **TRANSFÉRÉ** | **TERMINÉ** |
| **DATE DE SIGNATURE** |   |   |   |
|   |

|  |
| --- |
| **DÉMENTI**Tous les articles, modèles ou informations fournis par Smartsheet sur le site Web sont fournis à titre de référence uniquement. Bien que nous nous efforcions de maintenir les informations à jour et correctes, nous ne faisons aucune déclaration ou garantie d'aucune sorte, expresse ou implicite, quant à l'exhaustivité, l'exactitude, la fiabilité, la pertinence ou la disponibilité en ce qui concerne le site Web ou les informations, articles, modèles ou graphiques connexes contenus sur le site Web. Toute confiance que vous accordez à ces informations est donc strictement à vos propres risques. |