

	DOCUMENTS DE GESTION DE LA QUALITÉ		Numéro du document : HB-FR-97 Date de parution : 24.10.2023 Numéro de révision : 00 Date de révision : Numéro de page : 1/1						
	RÉSUMÉ DE SORTIE ET FORMULAIRE D'ÉDUCATION DU PATIENT POST-TRAITEMENT								
NOM ET PRÉNOM DU PATIENT :		NUMÉRO DE PROTOCOLE :		SECTION:					
DATE D'ADMISSION :		DATE/HEURE DE SORTIE :							
PERSONNE À FORMER :		PATIENT <input type="checkbox"/>		FAMILLE DU PATIENT <input type="checkbox"/>					
RAISON DE LA DEMANDE DU PATIENT:		DIAGNOSTIC:							
TRAITEMENT APPLIQUÉ:		ÉTAT GÉNÉRAL:							
TABLEAU D'UTILISATION DES MÉDICAMENTS									
MÉDICAMENTS	MATIN		EN RETARD		NUIT		TARD DANS LA NUIT		DURÉE D'UTILISATION
	vide	plein	vide	plein	vide	plein	vide	plein	
Les médicaments reçus ont été restitués <input type="checkbox"/>									
NUTRITION									
<input type="checkbox"/> Nourriture normale <input type="checkbox"/> Moins de sel <input type="checkbox"/> Sans sel									
<input type="checkbox"/> Nourriture spéciale									
<input type="checkbox"/> Nourriture interdite									
FORMATION À EFFECTUER APRÈS LE TRAITEMENT									
<input type="checkbox"/> Critères de sortie <input type="checkbox"/> Exercices									
<input type="checkbox"/> Don d'organes <input type="checkbox"/> Hygiène des mains									
<input type="checkbox"/> Pratiques sécuritaires d'utilisation des médicaments <input type="checkbox"/> La mobilisation									
<input type="checkbox"/> Arrêter de fumer <input type="checkbox"/> Soins après la sortie									
<input type="checkbox"/> Soins/hygiène du bébé <input type="checkbox"/> Utilisation d'équipements et d'appareils médicaux									
<input type="checkbox"/> Lait maternel exclusif et allaitement pendant les 6 premiers mois <input type="checkbox"/> Pour l'allaitement et les soins de bébé, vous pouvez appeler notre Ligne d'aide à l'allaitement et à l'allaitementou contacter votre médecin de famille.									
<input type="checkbox"/>									
RÉPONDRE AUX BESOINS DE SOINS AUTO-SOINS									
Fréquence des pansements : Les soins des plaies :									
En train de prendre une douche : Conduite :									
Monter des escaliers : Vie sexuelle :									
Durée du rapport : Rendez-vous de contrôle, date, heure :									
Autre :									
Résultats clés :									
FACTEURS À CONSIDÉRER									
1- Si la température corporelle au niveau des aisselles dépasse 38,5c									
2- Si vous avez des plaintes telles que des nausées, des vomissements, une augmentation des ballonnements abdominaux, une faiblesse des bras et des jambes, des problèmes d'élocution ou toute autre plainte qui vous fait vous sentir différent de la normale.									
3- S'il y a un saignement, un écoulement, un gonflement ou une rougeur au site de la chirurgie ou de la plaie,									
4- S'il y a une douleur qui ne répond pas aux analgésiques,									
5- S'il y a des difficultés à uriner, des douleurs ou des urines foncées,									
6- Si vous ressentez un gonflement soudain de la langue ou des lèvres ou des difficultés respiratoires, veuillez contacter immédiatement notre									
AUTRES CONSEILS/AVERTISSEMENTS DU MÉDECIN, LE CAS ÉCHÉANT									
Numéro de téléphone que vous pouvez contacter en cas de besoin : 0282 726 05 55 Numéro de poste :									
PATIENT;					TÉLÉCHARGÉ PAR ;				
Nom et prénom					Nom et prénom				
Signature					Signature				