

Courrier de sortie d'hospitalisation pour les unités de CSG

Modèle proposé par Dr Maeker Éric (<https://www.maeker.fr>)

Version : 07 Juillet 2021

Adresse URL du document original : https://maeker.fr/fr/geriatrie/protocoles/free/crh_csg

- Rédacteur(s) : xx
- Date de rédaction : xx
- Mode de transmission du CRH : [] Voie postale - [] Courriel crypté - [] fax

IDENTITÉ ET RÉFÉRENTS MEDICAUX

- **Titre NOM USAGE - NOM NAISSANCE PRENOM né(e) le DDN**
- Médecin traitant et médecins correspondants :
 - DR XXXX (MT)
 - Dr YYYY (Spé)
 - ...
- Pharmacie habituelle : Nom, lieu, tél
- Contacts :
 - Personne de confiance : Nom - Lien - Tél
 - Personne référente : Nom - Lien - Tél
 - Personne contact : Nom - Lien - Tél
 - Représentant légal : Nom - Tél
- Directives anticipées :
 - Noter : “Aucun écrit disponible” ou détailler

ANTÉCÉDENTS

*Note : attention, ici **tous les éléments doivent être vérifiés**. Si cette vérification n'est pas possible, débiter l'antécédent par “Notion de” ou ajouter une mention en fin de ligne.*

Il est possible de faire apparaître les facteurs de risque cardiovasculaire dans un paragraphe séparé. Dans ce cas, il est inutile de rappeler ces antécédents par la suite. En gériatrie, il est préférable d'éviter cette séparation des informations, car cela justifierait de préciser les facteurs de risques pour l'ensemble des pathologies liées à l'âge (chute, troubles neurocognitifs, etc.) ce qui alourdirait le CRH et en grèverait la lisibilité.

Les informations peuvent être présentées ligne par ligne ou séparées par une virgule ou point-virgule. Pour favoriser la lisibilité, le choix ligne par ligne est préférable.

- Facteurs de risque cardiovasculaire : (optionnel ; ajouter OUI/NON ou retirer de la liste)
 - Héritéité cardiovasculaire,
 - Tabagisme (actif ou sevré),
 - HTA,
 - Diabète,
 - Hypercholestérolémie,
 - Obésité ou surpoids (périmètre abdominal, IMC),
 - Sédentarité,
 - Consommation d'alcool (plus de trois verres par jour chez l'homme et deux chez la femme)
- Antécédents médicaux :

- Mettre dans l'ordre : Cardio, Pneumo, Gastro, Neuro, Métab, Néo, Ophtalmo, Psy, Géria, autres
- Préciser systématiquement l'antériorité COVID-19 (infection, hospitalisation, réanimation)
- Format: ATCD, date(s), médecin référent, établissement
- Antécédents chirurgicaux :
 - Mettre dans l'ordre : os/articulations, dig, autres
 - Format: ATCD, date(s), médecin référent, établissement
- Antécédents allergiques :
- “Non connus” ou détaillés
 - Agent responsable
 - Date
 - Type de l’allergie constatée parmi :
 - Hypersensibilité immunologique suite à une exposition,
 - Réaction adverse suite à une exposition,
 - Allergie à un produit pharmaceutique,
 - Allergie autre qu’un médicament ou aliment,
 - Allergie alimentaire,
 - Réaction adverse à un médicament,
 - Réaction adverse environnementale,
 - Réaction adverse à un aliment,
 - Hypersensibilité non immunologique à médicament,
 - Hypersensibilité non immunologique environnementale,
 - Hypersensibilité non immunologique à aliment.
 - Le type de manifestation observée
 - La sévérité de la réaction parmi : Haute, Modérée, Basse.
 - Le statut de l’allergie : Actif, Inactif, Chronique, Intermittent, Récurrent, Résolu.
- Assuétudes :
 - Tabac :
 - Alcool :
 - Benzodiazépine : (ECAB...)
 - Autre :
- Statut vaccinal :
 - COVID19 :
 - Grippe :
 - DTP :
 - Pneumo23 :

HISTORIQUE MÉDICAL

Cette partie, permet de présenter la liste de toutes les hospitalisations, consultations, compte-rendus d'imagerie, etc. pertinents. L'ensemble est triés par date de réalisation (commencer du plus ancien pour finir au plus récent).

SÉJOUR, MOTIF D'HOSPITALISATION

- Motif d'hospitalisation : *Une ligne maximum (ex: Erysipèle du membre inférieur droit avec phlébite et doute sur embolie pulmonaire)*
- Provenance : *(ex: Urgences, UHCD, entrée directe...)*
- Date d'entrée dans l'établissement : ...
- Dates de séjour : du ... au ... Durée : ... jour(s).
- Professionnel(s) référent(s) de la prise en charge du patient pendant l'hospitalisation :

- Médecin : *Dr XXX*
- Interne :
- Externe :

HISTOIRE DE LA MALADIE ET TRAITEMENT À L'ENTRÉE

Histoire de la maladie :

Détailler précisément l'enchaînement des problématiques, les modalités de recours à l'hospitalisation (par exemple "adressée à la demande de son médecin traitant", "consulte de lui-même", "adressé par les sapeurs-pompiers (après ou sans avis médical préalable)". Préciser les diagnostics réalisés aux urgences et le motif de transfert dans l'unité.

Cette étape constitue 90% du diagnostic et requiert donc une vigilance adaptée.

Traitements et historique des thérapeutiques :

- Traitement de sortie de la dernière hospitalisation :
 - xxx
 - xxx
- Traitement suivi à domicile :
 - Reprendre les thérapeutiques
 - Préciser si le traitement a été vérifié avec le médecin traitant
- Connaissances du traitement :
 - Connait son traitement, les indications, les posologies, les recommandations...
 - Une ordonnance est-elle disponible lors de la retranscription du traitement à domicile ? Dactylographiée ? Date ?
- Traitement anticoagulant curatif à l'entrée :
 - Aucun ou préciser Type de traitement, introduction ancienne/récente, objectif (INR cible...)
- Modifications récentes du traitement :
 - Préciser les modifications les plus récentes.

MODE DE VIE ET AUTONOMIE

Mode de vie :

- *Répondre Oui ou Non ; effacer les options inutiles*
- Vit : seul - avec son conjoint - chez un membre de la famille - entouré par sa famille - en famille d'accueil
- Evénements récents de vie marquants :
- Animal de compagnie : Oui/Non ; précisez :
- Lieu de vie :
 - Domicile : Appartement (avec/sans ascenseur, en RDC) - Maison (de plain pied, à étage aménagée / non aménagée plain pied) - Si étage, précisez les pièces de vie à l'étage :
 - Institution : Foyer de vie - Résidence - EHPAD - Unité de soins de longue durée
 - Présence de tapis : Oui/Non
- Aides matérielles à disposition :
 - Aide technique à la marche : déambulateur fixe - déambulateur à roulette - rolator trois roues - rolator quatre roues - aucune

- WC : Réhausseur : Oui/Non ; Barres d'appui : Oui/Non
- Salle de bain : Douche - Baignoire - Utilisée / Non utilisée ; Barres d'appui : Oui/Non ; Fauteuil de douche : Oui/Non ; Tapis anti-dérapant : Oui/Non
- Cuisine : Gaz - Électrique - Aucune
- Téléalarme ou équivalent : Oui/Non
- Aides humaines en place :
 - Ménage :
 - Soins corporels :
 - IDE :
 - Kinésithérapeute :
 - Autres professionnels :
- Mesure de protection juridique en place : Sauvegarde de justice - Curatelle adaptée - Curatelle - Tutelle à la personne - Tutelle aux biens - Aucune (*si besoin, précisez les personnes ressource*)
- Mini-Zarit de l'aidant :

Scores d'autonomie et de fragilité (dans le mois précédent l'hospitalisation) :

- IADL (8 autonome, 0 dépendant) : XX
- ADL : XX/6
- CFS : XX
- Dernier score GIR connu : XX, le XX
- OMS : XX
- Karnosky : XX

ÉVALUATION CLINIQUE

Note : Il est important de préciser autant les signes fonctionnels et physiques qu'ils soient positifs (présents) ou négatifs (absents).

Aux urgences :

- *Mettre le bilan clinique réalisé aux urgences.*

Dans le service :

- Date et examinateur : xxx, le xxx
- Entretien libre initial : (*rapporter les propos de la personne examinée au moment de la première rencontre*)
- Constantes : qSOFA : /3. Température : °C. Fréquence respiratoire : mvts/min. Tension artérielle : mmHg. Fréquence : bpm. Dextro : g/L. Saturation AA : %. Saturation O2 : %. EVA : /10. Poids : Kg. Taille : m. BMI : Kg/m². Bladder : mL.
- Etat général :
- Evaluation sensorielle :
- Examen cardiovasculaire : (ajouter CHA2DS2-VASc, HASBLED...)
- Examen pneumologique : (ajouter test de la déglutition, FINE...)
- Examen digestif :
- Examen neurologique : (ajouter CAM, CODEX, MMS...)
- Examen psychiatrique : risque suicidaire, contact, humeur, délire, hallucinations, GDS, Mini-GDS, CES-D-10...
- Examen urologique : svad ? BU ? fosses lombaires...
- Examen rhumatologique :
- Examen dermatologique : escarre ? ulcères ? infection ? lésions ? (ajouter Braden, Norton, Waterloo...)
- Evaluation fonctionnelle : risque de chute, marche et équilibre, GGT, Tinetti, chaussage...

EXAMENS PARACLINIQUES ET AVIS COMPLÉMENTAIRES INITIAUX

Cette partie présente l'ensemble des examens paracliniques connus à l'entrée dans le service et non l'ensemble des explorations réalisées durant le séjour. En quelque sorte, il s'agit d'une photographie des éléments présents au moment de l'entrée. Pour la biologie, il est possible d'ajouter les résultats du bilan biologique d'entrée (en précisant les dates des biologies prises en considération).

Préciser les résultats ou effacer les libellés non pertinents.

Dans la partie bactériologie, pour chaque résultat, préciser la date, le résultat et si nécessaire le laboratoire dans lequel a été réalisé l'examen (pour ceux réalisés à l'extérieur de l'établissement).

Biologie :

- Date(s) des résultats présentés : xxx
- Leucocytes : /mm³. PNN : /mm³. Éosinophiles : /mm³. Basophiles : /mm³. Lymphocytes : /mm³. Monocytes : /mm³.
- Hb : g/dL. VGM : µm³. Plaquettes : /mm³. Réticulocytes : /mm³. Schizocytes : /mm³.
- TP : %. INR : . Rapport TCA : .
- Natrémie : mEq/L. Kaliémie : mEq/L. Chlorémie : mEq/L.
- Glycémie : g/L. Urée : g/L. Créatinine : mg/L. CKEPI : mL/min. MDRD : mL/min.
- Protéines : g/L. Albumine : g/L.
- CPK : UI/L. Troponine Ic (H0) : µg/L. Troponine Ic (H3) : µg/L. BNP : ng/L.
- Lipase : UI/L. Amylase : UI/L.
- CRP : mg/L. PCT : ng/mL. Lactates veineux : mMol/L.
- HbA1C : %.
- TSHus : mUI/L. FT4 : ng/dL. FT3 : pg/mL.
- Folates : nmol/L. B12 : pmol/L. Vitamine D : ng/mL.
- Fer : . Ferritine : µg/L. CSS : %. Haptoglobine : . Coombs : .
- Electrophorèse des protéines sériques :
- Immuno-électrophorèse des protéines sériques :
- Marqueurs tumoraux :
- GDS : Débit : L/min. pH : . PO² : mmHg. PCO² : mmHg. Bicarbonates : mMol/L. Saturation : %.

Bactério/viro/parasito/mycologie :

- ECBU :
- ECBC :
- Coprocultures :
- Hémocultures :
- PCR COVID :
- Sérologies COVID :
- TDR Grippe :
- TDR VRS :
- Sérodiagnostic urinaire légionellose :
- Sérodiagnostic urinaire pneumocoque :

ECG :

- Rythme et fréquence, Conduction, Repolarisation, QTc : ms

Imagerie :

- Résultats des scanners
- Des échographies
- Des IRMs
- Autres TEP scan...

- Attention uniquement les examens disponibles au moment de l'entrée dans le service

Autres examens :

- ETT, doppler...
- ...

Avis complémentaires préalables à l'entrée dans le service :

- *Lister tous les avis de spécialité colligés avant l'entrée dans le service*

SYNTHÈSE DU BILAN GÉRIATRIQUE INITIAL

Dans cette partie, il importe de lister les hypothèses diagnostiques (corrigées si besoin) qui ont guidé la prise en charge médicale. Chacun des diagnostics sera repris dans la partie : « évolution dans le service ».

Problématiques principales :

- Pb majeur 1
- Pb majeur 2

Problématiques gériatriques associées :

- Pb associé 1
- Pb associé 2

Risques gériatriques identifiés : *(souhaitable et optionnel)*

- Risque 1
- Risque 2

Durée de séjour envisagée : *(optionnel)*

- XX Jours

Synthèse COVID19 : *(si pertinent)*

- Date estimée des premiers symptômes de la COVID :
- Signes d'appel COVID à domicile :
- Signes d'appel COVID confirmés en hospitalisation :
- PCR COVID : date, site, résultat
- Sérologie COVID : date, résultat
- Scanner thoracique : date, résultat
- **Conclusion médicale COVID :**
 - **Antériorité sans infection récente**
 - **Convalescent.**
 - **Cas confirmé.**
 - **Cas probable.**
 - **Cas suspect.**
 - **Négatif.**
 - **En attente.**

PROJET THÉRAPEUTIQUE INDIVIDUALISÉ

Cette partie correspond au projet thérapeutique mis en place pour l'hospitalisation. Utile pour le « bilan d'entrée en hospitalisation », elle sera superflue pour le courrier de sortie.

- Thérapeutiques médicamenteuses :
 - ...

- Examens paracliniques et avis spécialisés prescrits :
 - ...
- Soins infirmiers et de nursing :
 - ...
- Rééducation, kinésithérapie, ergothérapie, psychomotricité :
 - ...
- Psychologique, neuropsychologique :
 - ...
- Diététique et alimentaire :
 - ...
- Social :
 - ...
- Devenir envisagé :
 - ...
- Information/consentement :
 - Informations données à la personne soignée :
 - Consentement de la personne soignée au projet thérapeutique :
 - Consentement des proches au projet thérapeutique :

ÉVOLUTION DANS LE SERVICE

L'évolution dans le service est préférentiellement regroupée par problématiques. Une autre façon de transmettre les informations est de regrouper les explorations paracliniques en premier suivies des indications médicales et de leur interprétation.

Cette partie présente les problématiques principales hors syndromes gériatriques.

Il est utile de préciser dans un court paragraphe introductif l'appréciation globale de l'évolution (par exemple : L'évolution a été simple ou L'évolution a été compliquée par l'apparition d'une hémorragie digestive haute...).

✓ Votre problématique n°1

Problématique spécifique concernant le séjour (hors problématiques gériatriques ci-dessous détaillées)

✓ Votre problématique n°2

Problématique spécifique concernant le séjour (hors problématiques gériatriques ci-dessous détaillées)

PROBLÉMATIQUES GÉRIATRIQUES

Il est préférable de distinguer les problématiques principales (comme les pyélonéphrites, les prise en charge de fracture, d'AVC, etc.) des syndromes gériatriques. Cette partie se distingue de la précédente par sa spécificité gériatrique.

✓ Concernant la nutrition et l'hydratation :

Poids d'entrée : xx Kg. Poids de sortie : xx Kg. Taille estimée : xx cm. BMI courant : xx.

Évaluation habituelle du service.

✓ **Concernant les chutes et le risque de chute :**

Évaluation habituelle du service (à titre d'exemple: Anticipation anxieuse de la chute, Nombre de chutes antérieures, GGT, TUG, SAM...). Sans mention de prise en charge spécifique ce paragraphe perd de sa pertinence.

✓ **Concernant la rééducation, la marche et les transferts :**

Évaluation habituelle du service. Sans mention de prise en charge spécifique ce paragraphe perd de sa pertinence.

✓ **Concernant les douleurs :**

Grille d'évaluation recommandée :

Évaluation habituelle du service. Sans mention de prise en charge spécifique ce paragraphe perd de sa pertinence.

✓ **Concernant les problèmes cutanés :**

Évaluation habituelle du service. Sans mention de prise en charge spécifique ce paragraphe perd de sa pertinence.

✓ **Concernant l'évaluation cognitive :**

Évaluation habituelle du service. Sans mention de prise en charge spécifique ce paragraphe perd de sa pertinence.

✓ **Au niveau psychogériatrique :**

Évaluation habituelle du service. Sans mention de prise en charge spécifique ce paragraphe perd de sa pertinence.

✓ **Concernant la continence :**

Évaluation habituelle du service. Sans mention de prise en charge spécifique ce paragraphe perd de sa pertinence.

✓ **Concernant l'usage de contention physique passive :**

Évaluation habituelle du service. Sans mention de prise en charge spécifique ce paragraphe perd de sa pertinence.

✓ **Concernant les traitements :**

Évaluation habituelle du service. Il est important d'apporter une brève justification pour chaque modification des thérapeutiques.

✓ **Concernant la prise en charge sociale :**

Évaluation habituelle du service.

✓ **Biologie de sortie :**

Préciser la date et les résultats.

✓ **Autonomie de sortie :**

Évaluation habituelle du service.

✓ **Informations données au patient et à son entourage :**

Note : Attention, il arrive que les familles ou les patients lisent leurs courriers d'hospitalisation. Il convient ici de garder une certaine prudence dans les écrits.

CONCLUSION DE LA PRISE EN CHARGE

Les diagnostics principaux concernent la première partie de l'évolution dans le service. Les diagnostics associés sont essentiellement représentés par les diagnostics qui ont réclamé le moins de temps médical/paramédical et par les syndromes gériatriques.

Diagnostics principaux :

- Pb1 correspond à la première problématique soulevée dans l'évolution dans le service
- Pb2 correspond à la seconde problématique soulevée dans l'évolution dans le service
- ...

Diagnostics associés :

- Lister l'ensemble des problématiques associées
- Penser aux problématiques sociales

Transfusion de produits sanguins : [] OUI / [] NON

- Noter : "Aucune" ou lister les transfusions réalisées dans l'unité voire leur historique récent

Patient porteur/contact de BMR ou BHRe : [] OUI / [] NON

- Si oui préciser le germe

PROPOSITIONS DE PRISE EN CHARGE POST-HOSPITALISATION

- Suivis médicaux proposés :
 - ...
- Examens paracliniques en attente :
 - (préciser aucun ou ...)
- Prise en charge sociale post-hospitalière mise en place :
 - ...
- Mode de sortie :
 - ...

TRAITEMENT DE SORTIE PROPOSÉ

Par voie Inhalée :

- ...

Par voie Intra-Veineuse :

- ...

Par voie Intra-Musculaire :

- ...

Par voie Sous-Cutanée :

- ...

Par voie Trans-Cutanée :

- ...

Par voie orale (ou entérale) :

- ...

Nutrition et hydratation :

- ...

Élimination :

- ...

Prescription de matériel médical :

• ...
Prescription de soins infirmiers :

• ...
Prescription de soins de rééducation :

• ...

Je suis, bien sûr, à votre disposition pour toute information complémentaire.

Sensible à la confiance que vous nous faites je vous prie de croire, Cher Confrère, en l'expression de mes meilleurs sentiments.

Bien cordialement

Dr XXXXXX
Spécialité
Commentaire de signature
Téléphone
Courriel crypté

XXXX (Interne/Externe)
Commentaire de signature
Téléphone
Courriel crypté

Avis de confidentialité. Ce compte-rendu transmis par télécopie et par voie postale est soumis au secret médical. Si celui-ci ne vous concerne pas, merci de le détruire et de nous contacter au plus vite.