

LETTRE DE SORTIE

Document de liaison pour sécuriser la coordination des soins

Contexte

Le décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison, pris pour l'application de l'article 95 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, précise le contenu attendu d'une lettre de liaison à l'entrée de l'établissement de santé et le contenu de la lettre de liaison à la sortie de cet établissement ainsi que les modalités de transmission et de remise de la lettre au patient. Les dispositions entrent en vigueur le 1er janvier 2017.

Cette lettre de liaison contient les éléments suivants :

«1- Identification du patient, du médecin traitant, le cas échéant du praticien adresseur, ainsi que l'identification du médecin de l'établissement de santé qui a pris en charge le patient avec les dates et modalités d'entrée et de sortie d'hospitalisation;

«2- Motif d'hospitalisation;

«3- Synthèse médicale du séjour précisant le cas échéant, les événements indésirables survenus pendant l'hospitalisation, l'identification de micro-organismes multi-résistants ou émergents, l'administration de produits sanguins ou dérivés du sang, la pose d'un dispositif médical implantable ;

«4- Traitements prescrits à la sortie de l'établissement (ou ordonnances de sortie) et ceux arrêtés durant le séjour et le motif d'arrêt ou de remplacement, en précisant, notamment pour les traitements médicamenteux, la posologie et la durée du traitement ;

«5- Annonce, le cas échéant, de l'attente de résultats d'examens ou d'autres informations qui compléteront cette lettre de liaison ;

«6- Suites à donner, le cas échéant, y compris d'ordre médico-social, tels que les actes prévus et à programmer, recommandations et surveillances particulières.»

Objectif

La STARAQS, structure régionale d'appui à la qualité et à la sécurité des prises en charge en Île-de-France, portée par une association de gestionnaires de risques, le GRRIFES (Gestionnaires des Risques - Réseau Île-de-France des Établissements de Santé), a mis en place un groupe de travail afin de produire un document de liaison régional, outil de mise en œuvre de ce décret. La 1ère réunion a eu lieu le 16 septembre 2016.

Au-delà d'une lettre de liaison en début et fin d'hospitalisation, il a été décidé de proposer un document de liaison générique qui accompagne le patient afin de faciliter la coordination de son parcours de santé. En effet, de multiples professionnels interviennent à domicile, en établissement social ou médico-social, à l'hôpital ; ils ont besoin de connaître certains éléments clés, notamment en cas d'urgence, dont les pathologies en cours et les volontés du patient. Ce **document de coordination des soins à destination de l'ensemble des intervenants potentiels** deviendrait ainsi une pièce du dossier du patient ou du compte-rendu d'hospitalisation.

Il ne s'agit pas d'un document exhaustif. Les informations mettent l'accent sur les points de vigilance et ce qui reste à faire, afin de garantir la continuité des soins. Ce court document est confié au patient et est accompagné de la liste des traitements médicamenteux et non médicamenteux en cours.

Le groupe de travail s'appuie sur des documents de synthèse ou de liaison existants pour élaborer cette version générique régionale, à adapter selon les besoins particuliers.

LETTRE DE SORTIE

Document de liaison pour sécuriser la coordination des soins

Document de sortie valant pour CRH : OUI NON
Si non, CRH définitif envoyé au MT dans les 8 jours suivant la sortie

Rédigé par : Statut : Le :/...../.....
 Mail : Téléphone :

Remis en main propre au patient ou à son entourage le :/...../..... Déposé dans le DMP: Oui Non
 Accord du patient pour la transmission de ce document : Oui Non à qui :
 Adressé au médecin traitant par messagerie sécurisée ou par courrier : Oui Non
 (Nom et coordonnées) :
 Adressé aux soignants désignés par le patient : Oui Non
 (Nom et coordonnées) :

RENSEIGNEMENTS D'ORDRE ADMINISTRATIF

Données patient

Nom de naissance Prénom.....
 Nom de famille
 Date de naissance/...../..... Sexe : H F
 Adresse : Téléphone :
 Adresse électronique :
 Personne à contacter (Nom, prénom et coordonnées, lien avec la personne) :

Données d'admission

Établissement (Nom et Adresse) :
 Service :
 Médecin référent du patient pendant la prise en charge :
 Entrée le/...../.....
 Sortie le/...../.....
 Sortie : Domicile
 Autre établissement d'hébergement :
 Autre établissement de soins :
 Mode d'admission : Programmé Transfert Urgence
 Motif d'admission:.....

ETAT CLINIQUE A LA SORTIE

SYNTHESE MEDICALE DU SEJOUR: *(Problèmes de santé principaux / Pathologies en cours / Événements indésirables survenues pendant la prise en charge/pose de DMI/ Antécédents personnels significatifs dont les dépendances et l'état nutritionnel (citer les éléments de preuve positifs et négatifs, les bilans récents notables, dater, préciser le caractère contrôlé ou non et le suivi)*

.....

RESULTATS ACTES TECHNIQUES, EXAMENS COMPLEMENTAIRES ET BIOLOGIES PERTINENTS :

.....

TRANSFUSION DE PRODUIT SANGUIN LABILE : Oui Non

RESULTATS D'EXAMENS EN ATTENTE : Oui Non

Si oui :

GESTION DES RISQUES - POINTS DE VIGILANCE

Bactérie Hautement Résistante <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non évaluée Bactérie Multi Résistante <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non évaluée Risque d'escarre <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Risque de fausse route <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Risque de chute <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Déambulation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Sortie à l'insu de l'entourage <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Anticoagulant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si AVK/INR (<i>indiquer la valeur cible proposée par le service</i>) : Allergie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, laquelle : Sous oxygène : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui :L/ min pourheures/jour
---	---

INFORMATIONS UTILES AU SUIVI ET A LA CONTINUITÉ DES SOINS

Demande d'ALD : Non applicable Effectuée A faire

Informations patient

État psychique du patient à la sortie: Désorienté Oui Non / Peu alerte Oui Non / Bon moral Oui Non
 Handicap : Visuel Oui Non / Auditif Oui Non / Langage Oui Non
 Commentaires :

Rendez-vous et soins

Des rendez-vous programmés ? Oui Non
 Si oui, lesquels (date, motif, nom) :

 Patient ou entourage informé : Oui Non
 Rendez-vous A PRENDRE : Oui Non
 Si oui, lesquels (dans quels délais, motif, nom) :

 Patient ou entourage informé : Oui Non
 Soins infirmiers : Oui Non Si oui, lesquels :
 Soins de rééducation Oui Non Si oui, lesquels :

Traitements médicamenteux

Médicaments habituels avant l'admission	A la sortie	Commentaires <i>Motifs des modifications thérapeutiques – cibles thérapeutiques</i>
<i>Nom (DCI OU de marque/générique) ; Dosage ; Dose ; Voie(s) d'administration ; Fréquence ;</i> <i>Il est recommandé de présenter les médicaments par domaine pathologique.</i>	<i>« idem » si pas de changement ;</i> <i>Réécrire si modifications dans traitement ;</i> <i>Préciser « Arrêt » si arrêt.</i>	<i>Date d'arrêt (ou durée) pour les médicaments pas au long cours (notamment chimio et antibio) ;</i> <i>Justification de l'arrêt, de la suspension temporaire, de la modification d'un traitement ou de la mise en place d'un nouveau traitement au cours de l'hospitalisation ;</i> <i>Cible à atteindre en termes de dose en cas de titration progressive ou de paramètre de suivi (par ex. INR) ;</i> <i>Préciser « essai thérapeutique » le cas échéant.</i>

Ordonnances

<input type="checkbox"/> Médicaments <input type="checkbox"/> Prescription d'examens <input type="checkbox"/> Régime <input type="checkbox"/> Arrêt de travail <input type="checkbox"/> Compléments nutritionnels	<input type="checkbox"/> Soins infirmiers <input type="checkbox"/> Kinésithérapie <input type="checkbox"/> Matériel médical:..... <input type="checkbox"/> Autre:.....
---	---

Prothèses – Aide à la marche

Lunettes : Oui Non Canne : Oui Non Déambulateur : Oui Non
 Prothèse auditive : Oui Droite Gauche Non
 Prothèse dentaire : Oui Haut Bas Non
 Autre :