

## Liste de correspondance

Nom du service d'urgence

Date...../...../2022



## Liste de correspondance

Nom du service d'urgence

Date ...../...../2022

Score HET : .....

Etiquette	N° Patient	N° Patient	Initiale IOA	H entrée adm 24h	H PEC IOA 24h	Tri	Devenir
<input type="checkbox"/> Note d'information remise au patient <input type="checkbox"/> Non opposition au recueil de ses données	1	1	<input type="checkbox"/> Renfort	...h...	...h...	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3A <input type="checkbox"/> 3B <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> ROUGE <input type="checkbox"/> ORANGE <input type="checkbox"/> VERT	<input type="checkbox"/> Retour à domicile <input type="checkbox"/> ZSTCD <input type="checkbox"/> UHCD <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Transfert autre établissement <input type="checkbox"/> Réorientation Cs spécialisée (gyneco, pédiat, ophtalmo....) <input type="checkbox"/> Maison médicale, méd générale <input type="checkbox"/> Sortie sans avis médical <input type="checkbox"/> Sortie contre avis médical <input type="checkbox"/> Décès
<input type="checkbox"/> Note d'information remise au patient <input type="checkbox"/> Non opposition au recueil de ses données	2	2	<input type="checkbox"/> Renfort	...h...	...h...	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3A <input type="checkbox"/> 3B <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> ROUGE <input type="checkbox"/> ORANGE <input type="checkbox"/> VERT	<input type="checkbox"/> Retour à domicile <input type="checkbox"/> ZSTCD <input type="checkbox"/> UHCD <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Transfert autre établissement <input type="checkbox"/> Réorientation Cs spécialisée (gyneco, pédiat, ophtalmo....) <input type="checkbox"/> Maison médicale, méd générale <input type="checkbox"/> Sortie sans avis médical <input type="checkbox"/> Sortie contre avis médical <input type="checkbox"/> Décès
<input type="checkbox"/> Note d'information remise au patient <input type="checkbox"/> Non opposition au recueil de ses données	3	3	<input type="checkbox"/> Renfort	...h...	...h...	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3A <input type="checkbox"/> 3B <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> ROUGE <input type="checkbox"/> ORANGE <input type="checkbox"/> VERT	<input type="checkbox"/> Retour à domicile <input type="checkbox"/> ZSTCD <input type="checkbox"/> UHCD <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Transfert autre établissement <input type="checkbox"/> Réorientation Cs spécialisée (gyneco, pédiat, ophtalmo....) <input type="checkbox"/> Maison médicale, méd générale <input type="checkbox"/> Sortie sans avis médical <input type="checkbox"/> Sortie contre avis médical <input type="checkbox"/> Décès
<input type="checkbox"/> Note d'information remise au patient <input type="checkbox"/> Non opposition au recueil de ses données	4	4	<input type="checkbox"/> Renfort	...h...	...h...	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3A <input type="checkbox"/> 3B <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> ROUGE <input type="checkbox"/> ORANGE <input type="checkbox"/> VERT	<input type="checkbox"/> Retour à domicile <input type="checkbox"/> ZSTCD <input type="checkbox"/> UHCD <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Transfert autre établissement <input type="checkbox"/> Réorientation Cs spécialisée (gyneco, pédiat, ophtalmo....) <input type="checkbox"/> Maison médicale, méd générale <input type="checkbox"/> Sortie sans avis médical <input type="checkbox"/> Sortie contre avis médical <input type="checkbox"/> Décès