ÉLÉMENTS DE SORTIE *(à remplir par l'équipe hospitalière)*

Date de sortie J J | M M | A A A A

Poids de sortie Kg

TA mmHg

Pouls BPM

Fumeur ☐ oui ☐ non

Si oui, nbre de paquets / année

Sous O2 ou ventilation assistée ☐ oui ☐ non

Si O2 L/mn

Fréquence respir. cycles/min

Périmètre de marche mètres

BPCO

Stade de sévérité à la sortie

PO2 air ambiant mmHg

PO2 sous O2 mmHg

PCO2 air ambiant mmHg

PCO2 sous O2 mmHg

SaO2 air ambiant mmHg

SaO2 sous O2 mmHg

IC

Stade NYHA de sévérité à la sortie

Fraction d'éjection %

Dose journalière maximale de sel

dans l'alimentation grammes

Prescription hospitalière

Je soussigné

médecin exerçant dans le service / l'établissement ci-après désigné, mandate une équipe infirmière afin d'assurer le suivi de

dans les conditions prévues par la NGAP des infirmiers libéraux, et *a minima* selon le protocole décrit dans les pages suivantes et issu des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Cachet du service/de l'établissement, nom et signature du médecin-prescripteur :