

REGISTRE D'HOSPITALISATION

ADMISSION REGISTER

DELEGATION REGIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE DE / REGIONAL DELEGATION OF PUBLIC HEALTH OF :

DISTRICT DE SANTE DE / HEALTH DISTRICT OF :

AIRE DE SANTE DE / HEALTH AREA OF :

NOM DE LA FORMATION SANITAIRE
NAME OF HEALTH UNIT:

Catégorie / Type :

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CSI/IHC | <input type="checkbox"/> CMA/MAC | <input type="checkbox"/> Autre/Other |
| <input type="checkbox"/> CD/DC | <input type="checkbox"/> CM/MO | <input type="checkbox"/> CSMS/HCC |
| <input type="checkbox"/> Public/Public | <input type="checkbox"/> Para-public / Para-public | |
| <input type="checkbox"/> Privé laïc / Lay private | <input type="checkbox"/> Privé confessionnel / Confessional private | |

CSI: Centre de santé intégré
IHC: Integrated health center

CMA: Centre médical d'arrondissement
MAC: Medical health center

CD: Cabinet dentaire
DC: Dental Clinic

CM: Cabinet médical
MO: Medical office

CSMS: Cabinet de soins médico-sanitaires
HCC: Health care clinic

Période d'utilisation : Date de début _____
Period of use : Opening date _____
Date de fin _____
Closing Date _____



INSTRUCTIONS ON MAINTENANCE AND EXPLOITATION OF REGISTERS

1. General presentation

The proposed designed register enables, even in a non-computerized environment, fast and clear reading of statistical information needed, as it is the case in most health facilities at the peripheral level of the health system in Cameroon.

The main advantage lies in the fact that the researcher, manager, and / or the supervisor are exempt from exhausting research in records and from long manual calculations full of errors.

Independently of other information to be recorded according to the register and workstation, the proposed left margin is a standard for all registers of health facilities.

HOSPITALIZATION REGISTER

This hospitalization register is kept by the ward charge for daily exploitations.

The ward charge signs the register every morning then transcribes the information collected at his level on three forms. Two of the forms are forwarded to the director of the facility and to the nursing superintendent every day before 10 o'clock with suggestions on improvement. The ward charge inquires weekly / daily on feedback from the hierarchy. The third form is kept in the facility.

Documented innovations to improve quality service are introduced if needed and a report is forwarded to the hierarchy.

The summary of data from this register is recorded every month in the Monthly Activity Report (MAR) and transmitted to the competent District Health Service (DHS) for compilation

2. Filling the form:

Column N°	Title	Instruction	Example / Standard	
1		Enter in this column, the date of the day in red.	25/01/1014	
2	Order of the month	Start the numbering from 1 at the beginning of each month Result: At the end of the month, we will have the total number of patients received for that month	Date	N°
			06/01/1014	1
			---	2
			07/01/1014	13
			01/02/1014	1 2
3	Case 1. New Case 2. Old Case	2 if it is an old case (patient who came for a rendezvous). Chronic patients are considered as new cases during the first visit of the first yearly visit for this illness	1	
4	Name and Surname	Clearly enter the name and surname of the patient.	THADEE Christian	
5	Sex of the patient	Enter M if the patient is masculine and F if she is feminine.	M	
6	Age of patient	Enter the age of the patient while specifying the number. * For patient above one year, the age is given in years. Example: for a patient aged 15 enter «15 yrs» * for a patient below 1 year, the age is given in months	15 yrs	
7	Statut of the patient	Enter in the column the matrimonial status of the patient during the visit, choose from the list the following options : MM = Married MR= Monogamous regime ; CO = Cohabitation ; S = Single ; W = Widow; DI = Divorced	CE	
8	Identification of pregnant women	Enter 1 if the patient is a pregnant woman and 2 if not	2	

INSTRUCTIONS DE TENUE ET D'EXPLOITATION DES REGISTRES

1. Présentation générale

Le mode de tracé de registre qui est proposé permet, même dans un environnement non informatisé comme la plupart des formations sanitaires du niveau périphérique du système de santé camerounais, une lecture statistique rapide et nette des informations recherchées.

Le principal avantage réside dans le fait que l'investigateur, le manager et/ou le superviseur sont dispensés de fouilles épuisantes de registres et de longs calculs manuels qui leur étaient imposés.

Indépendamment des autres informations à enregistrer selon le Registre et le poste de travail, la marge gauche proposée devrait être un standard pour tous les registres des formations sanitaires..

REGISTRE DU SERVICE D'HOSPITALISATION

Ce registre du service d'hospitalisation est tenu par le Major qui en fait l'exploitation au quotidien.

Le registre est visé tous les matins par le major qui transcrit toutes les informations exploitées à son niveau sur trois fiches. Deux fiches sont transmises, tous les jours avant 10 heures, au Directeur de l'institution et au surveillant général avec des propositions d'amélioration. Le major doit s'enquérir tous les jours du feedback de la hiérarchie. La troisième fiche est gardée dans le service.

Des innovations documentées pour l'amélioration de la qualité du service sont introduites si besoin est et le compte rendu est fait à la hiérarchie.

La synthèse des données de ce registre sera consignée tous les mois dans le Rapport Mensuel d'Activités (RMA) et transmise au Service de Santé de District (SSD) territorialement compétent pour compilation.

2. Remplissage :

N° de Colone	Intitulé	Instruction	Exemple / Norme	
1	date du jour :	Inscrire dans la colonne, la date du jour en couleur rouge.	25/01/1014	
2	Numéro d'ordre du mois	Inscrire dans la colonne le numéro d'ordre du patient. Recommencer la numérotation à 1 au début du mois. Résultat: A la fin du mois, on obtient le nombre total de malades reçus dans le service.	Date du jour	N°
			06/01/1014	1
			---	2
			07/01/1014	13
			01/02/1014	1 2
3	Cas 1. Nouveau Cas 2. Ancien Cas	Inscrire 1 si le patient est un nouveau cas (nouvelle pathologie) ou 2 s'il s'agit d'un ancien cas (patient venu pour un rendez-vous). Les malades chroniques sont considérés comme nouveau cas lors de la première visite annuelle pour cette maladie.	1	
4	Noms et prénoms	Remplir lisiblement les noms et prénoms du patient.	THADEE Christian	
5	Sexe du patient	Remplir M si le patient est de sexe masculin ou F s'il est de sexe féminin.	M	
6	Âge du patient	Inscrire l'âge du patient en précisant l'unité . * Pour un patient âgé de plus d'un an, l'âge est donné en année. Exemple: pour un patient âgé de 15 ans inscrire «15 ans» * Pour un patient âgé de moins d'un an, l'âge est donné en mois.	15 ans	
7	Statut du patient	Inscrire dans la colonne , le statut matrimonial du patient lors de sa visite. Choisir sur la liste d'option ci-après: MM = Marié Régime Monogamique ; MP = Marié Régime polygamique CO = Cohabitation ; CE = Célibataire ; VE = Veuve (Veuf) ; DI = Divorcé	CE	
8	Identification des femmes enceintes	Inscrire 1 si le patient est une femme enceinte et 2 si non.	2	

Column N°.	Title	Instruction	Example / Standard
9	Patient code	Any patient entering the health facility receives a unique code. Assign a unique identification number to each patient to facilitate the monitoring of such visits. Number shall be composed of year/month / day of birth, the initials of the patient's name and the first letter of the name of his mother. The identification number of a child will be that of her mother with " "and last two numbers of the year of birth of the child as an extension	130325TC-M
10	Occupation or profession	Write the patient's profession	Student
11	Patient's residence	Write the patient place of residence (neighbourhood/village)	Melen
12	Contact and person to contact	Register the phone number of the patient and if possible that of a person to contact in case of need. When the patient is a child, write the phone number of parent or guardian	77 75 92 19
13	Patient History	Register contributing history to the diagnosis of the patient's pathology. Example: diabetes, hypertension, epigastric, tobacco, alcohol, HIV, hepatitis, allergies	Hypertension Known for 02 years
14	Date of entry	Register the date the patient hospitalization/observation under the format dd/mm/yyyy	15/01/2014
15	Diagnosis input	Register the final diagnosis at admission of the patient. This diagnosis should be in conformity with the International Classification of Diseases (ICD-10). Differential diagnoses are recorded in the booklet or the patient record as appropriate. Example: severe malaria, stroke, burn, wound....	Refer to ICD.10
16	Tests requested	Register tests requested during the admission and during the hospitalization	TDR, TCK, NFS
17	Treatment received	Register the names of drugs received by the patient and any other major medical intervention	Injectable Artesunate
18	Date of discharge	Enter the date the patient is discharged in hospitalization / under observation in the format dd/mm/yyyy	20/01/2014
19	Number of hospitalization days	Register the number of days the patient spent in hospital / under observation	6 days
20	Discharge diagnosis	Register the diagnosis withheld at discharge. This diagnosis should be in conformity with the International Classification of Diseases (ICD-10).	Refer to ICD.10
21	Relay treatment.	Register the names of drugs prescribed to the patient when he was discharged and any other major medical intervention	ASAG, Paracetamol,
22	Future of patient	Enter the patient's progress Example: cured, counter referred , discharged against medical advice, referred, died	Referred to SA'A DH
23	Receipt number/ Indigence	Register the number of the Payment receipt for medical interventions and consumables. Or, where appropriate, state whether the patient is indigent	Receipt No. X
21	Observations.	Note any observation or helpful comments. Example: appointments, instructions, referred, etc..	Appointments

3. Exploitation of registers:

At the end of each day, the information (complete) should be reported on a daily collections sheet in 3 copies: one for the place of collection, one for the general supervisor if there is one and one for the head of the health facility.

These data should be analyzed daily and constitute an aspect of self-evaluation. This continuous self-evaluation of activities should enable for each level of analysis, to take daily decisions that are necessary to improve the quality of services and healthcare: it is the permanent control regulator.

N° de Colone	Intitulé	Instructions	Exemple / Norme
9	Code patient	Tout patient entrant dans la formation sanitaire reçoit un code unique. Attribuer un numéro d'identification unique à chaque patient afin de faciliter le suivi de ces visites. Le numéro est composé de l'année /mois/jour de la naissance, les initiales du nom du patient et la première lettre du nom de sa mère. Le numéro d'identification d'un enfant sera celui de sa mère avec « » et deux derniers chiffres de l'année de naissance de l'enfant comme extension.	130325TC-M
10	Occupation ou Profession	Inscrire la profession du patient .	Elève
11	Le lieu de résidence du patient.	Inscrire le lieu de résidence du patient (quartier / village).	Melen
12	Contact et personne à prévenir	Inscrire le numéro de téléphone du patient et si possible celui d'une personne à prévenir en cas de besoin. Lorsque le patient est un enfant, inscrire le numéro de téléphone du parent ou du tuteur.	77 75 92 19
13	Antécédents du patient	Inscrire les antécédents contributifs au diagnostic de la pathologie du patient. Exemple: diabète, HTA, épigastralgie, tabac, alcool, VIH, Hépatite, Allergies....	HTA Connue depuis 02 ans
14	Date d'entrée.	Inscrire la date d'entrée du patient en hospitalisation/mise en observation sous le format : jj/mm/aaaa.	15/01/2014
15	Diagnostic d'entrée	Inscrire le diagnostic retenu lors de l'admission du patient. Ce diagnostic doit être conforme à la classification internationale des maladies (CIM-10). Les diagnostics différentiels sont portés dans le carnet ou le dossier du patient selon les cas. Exemple: paludisme grave, accident vasculaire cérébral, Brûlure, plaie,	Se référer à la CIM.10
16	Examens demandés.	Inscrire les examens demandés lors de l'admission en hospitalisation et au cours de celle-ci.	TDR, TCK, NFS
17	Traitement reçu	Inscrire les noms de médicaments reçus par le patient et tout autre acte médical majeur.	Artésunate injectable
18	Date de sortie.	Inscrire la date de sortie du patient en hospitalisation/mise en observation sous le format : jj/mm/aaaa.	20/01/2014
19	Nombre de jours d'hospitalisation.	Inscrire le nombre de jour que le patient a passé en hospitalisation/mise en observation.	06 jours
20	Diagnostic de sortie.	Inscrire le diagnostic retenu à la sortie du patient. Ce diagnostic doit être conforme à la classification internationale des maladies (CIM-10).	Se référer à la CIM.10
21	Traitement de relais.	Inscrire les noms de médicaments prescrits au patient à la sortie et tout autre acte médical majeur.	ASAG, paracétamol,
22	Devenir du patient	Inscrire l'évolution du patient Exemple: guéris, contre référé, sortie contre avis médical, référé, décédé.	Référé à l'HD de SA'A
23	Numéro de reçu/Indigence.	Inscrire le numéro du reçu de paiement des actes médicaux et consommables. Ou le cas échéant, indiquer si le patient est indigent.	Quittance/reçu N° X
21	Observations.	Noter toutes observations ou remarques utiles. Exemple: rendez-vous, consignes, référé, etc.	Rendez-vous

3. Exploitation des registres:

A la fin de chaque journée, les informations (totaux) doivent être reportées sur une fiche de collecte journalière en 3 exemplaires: un pour le lieu de collecte, un pour le surveillant général s'il en existe un et un pour le responsable de la formation sanitaire.

Ces données doivent faire l'objet d'une analyse quotidienne et constituent un pan de l'auto évaluation. Cette auto évaluation continue des activités doit permettre pour chaque niveau d'analyse, la prise des décisions quotidiennes qui s'imposent pour améliorer la qualité des services et soins: c'est le contrôle régulateur permanent.

	Date	N° d'ordre du Mois / Monthly number	Cas / Case 1- Nouveau/New 2- Ancien/old	Noms et Prénoms / Names	Sexe/ Sex M - Masculin /Male F - Féminin /Female	Âge / Age (préciser l'unité ans/mois/specify years/months)	Statut MM=Mariée Monogame CO= Concubinage VE=Veuve MP=Mariée Polygame CE=Célibataire DI=Divorcée	Femme enceinte /Pregnant 1- Oui /Yes 2- Non /No	Code patient /patient code	Occupation / Profession Préciser la profession / precise profession	Lieu de résidence / Residence Préciser localité d'habitation / Precise locality of house	Contact&Personne à prévenir/ Contact& person (N° Tel)	Antécédents/ Past History
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	--/--/--												
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

Date d'entrée/ <i>Date of entry</i>	Diagnostic d'entrée/ <i>Diagnosis of entry</i>	Examens demandés/ <i>Investigations</i>	Traitement reçu / <i>Received Treatment</i>	Date de sortie/ <i>Date of discharge</i>	Nombre de jours d'hospitalisation/ <i>Number of hospitalisation days</i>	Diagnostic de sortie/ <i>Discharge diagnosis</i>	Traitement de relais / <i>relay treatment</i>	Devenir / Future <small>(Guéri, . Sortie contre avis médical, évadé, rétéré, Décès)/ (Cured, discharged against medical advice, rerterred, run away, died</small>	N° de reçu/ <i>Indigence / Receipt No.Indigence</i>	Observations
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
--/--/--				--/--/--						