





## URGENCE CONSULTATION EXTERNE

<b>Nom de l'établissement</b>



Inscription	Etat civil	Dossier de l'utilisateur
Prénom et nom à la naissance		
Prénom et nom du conjoint		
Adresse		
Ville	Ind. rég. N° de téléphone	
Code postal	Nom et prénom de la mère	
Nom et prénom du père		Date de naissance A M J

<b>CONSENTEMENT/CONSENT</b>	
<p>J'autorise les professionnels de cet établissement à faire les examens et traitements nécessaires. J'autorise également les pharmaciens qui exercent leur profession dans les pharmacies communautaires ayant accès à mon profil pharmacologique à faire parvenir à l'établissement de santé le contenu de ce profil ainsi que toute autre information jugée pertinente qui permettra à l'équipe traitante dudit établissement d'assurer de façon optimale le suivi de mon état de santé.</p> <p><i>I authorize the professionals of this institution to make the necessary examinations and treatments. I also authorize pharmacists who practice their profession in community pharmacies with access to my medication profile to provide the health care institution with the content of my profile as well as any other information deemed relevant that will enable the treating team of the institution to provide me with optimal health care.</i></p>	
Signature	Date (année, mois, jour)
Témoïn à la signature	Date (année, mois, jour)

<b>ACCIDENT</b>	Année	Mois	Jour	Heure	:	<b>ARRIVÉE À L'URGENCE</b>	Année	Mois	Jour	Heure	:	Code
Responsabilité du paiement	TRANSPORT			<input type="checkbox"/> Ambulance <input type="checkbox"/> Autre		Renseignements supplémentaires						
N° d'assurance maladie	Date d'expiration		Année	Mois	Personne à rejoindre en cas d'urgence				Ind. rég.	N° de téléphone		
Médecin ou service							Nom du médecin de famille					
Employeur (nom, adresse)									Ind. rég.	N° de téléphone		

<b>OBSERVATIONS</b>	

<b>Paramètres fondamentaux à l'arrivée</b>	Heure	:	Pouls	T.A.	t (°C)	Respiration	<b>Diagnostic</b>	<input type="checkbox"/> Provisoire	<input type="checkbox"/> Final
<b>DATE</b>	<b>HEURE</b>								
:	:								
:	:								
:	:								
:	:								
:	:								
:	:								
:	:								
:	:								
:	:								
:	:								
:	:								
:	:								
:	:								
:	:								
:	:								
:	:								
:	:								

AH-280B DT9052 (rév. 2013-03)



**URGENCE  
CONSULTATION EXTERNE**

<b>Nom de l'établissement</b>



Inscription	Etat civil	Dossier de l'utilisateur
Prénom et nom à la naissance		
Prénom et nom du conjoint		
Adresse		
Ville	Ind. rég.	N° de téléphone
Code postal	Nom et prénom de la mère	
Nom et prénom du père	Date de naissance A M J	

<b>CONSENTEMENT/CONSENT</b>	
<p>J'autorise les professionnels de cet établissement à faire les examens et traitements nécessaires. J'autorise également les pharmaciens qui exercent leur profession dans les pharmacies communautaires ayant accès à mon profil pharmacologique à faire parvenir à l'établissement de santé le contenu de ce profil ainsi que toute autre information jugée pertinente qui permettra à l'équipe traitante dudit établissement d'assurer de façon optimale le suivi de mon état de santé.</p> <p><i>I authorize the professionals of this institution to make the necessary examinations and treatments. I also authorize pharmacists who practice their profession in community pharmacies with access to my medication profile to provide the health care institution with the content of my profile as well as any other information deemed relevant that will enable the treating team of the institution to provide me with optimal health care.</i></p>	
Signature	Date (année, mois, jour)
Témoign à la signature	Date (année, mois, jour)

<b>ACCIDENT</b>	Année	Mois	Jour	Heure	:	<b>ARRIVÉE À L'URGENCE</b>	Année	Mois	Jour	Heure	:	Code
Responsabilité du paiement	TRANSPORT		Renseignements supplémentaires									
<input type="checkbox"/> Ambulance	<input type="checkbox"/> Autre											
N° d'assurance maladie	Date d'expiration	Année	Mois	<b>Personne à rejoindre en cas d'urgence</b>				Ind. rég.	N° de téléphone			
Médecin ou service						Nom du médecin de famille						
Employeur (nom, adresse)								Ind. rég.	N° de téléphone			



## URGENCE CONSULTATION EXTERNE

<b>Nom de l'établissement</b>



Inscription	Etat civil	Dossier de l'utilisateur
Prénom et nom à la naissance		
Prénom et nom du conjoint		
Adresse		
Ville	Ind. rég.	N° de téléphone
Code postal	Nom et prénom de la mère	
Nom et prénom du père		Date de naissance A M J

<b>CONSENTEMENT/CONSENT</b>	
<p>J'autorise les professionnels de cet établissement à faire les examens et traitements nécessaires. J'autorise également les pharmaciens qui exercent leur profession dans les pharmacies communautaires ayant accès à mon profil pharmacologique à faire parvenir à l'établissement de santé le contenu de ce profil ainsi que toute autre information jugée pertinente qui permettra à l'équipe traitante dudit établissement d'assurer de façon optimale le suivi de mon état de santé.</p> <p><i>I authorize the professionals of this institution to make the necessary examinations and treatments. I also authorize pharmacists who practice their profession in community pharmacies with access to my medication profile to provide the health care institution with the content of my profile as well as any other information deemed relevant that will enable the treating team of the institution to provide me with optimal health care.</i></p>	
Signature	Date (année, mois, jour)
Témoignage à la signature	Date (année, mois, jour)

<b>ACCIDENT</b>	Année	Mois	Jour	Heure	:	<b>ARRIVÉE À L'URGENCE</b>	Année	Mois	Jour	Heure	:	Code
Responsabilité du paiement	TRANSPORT					Renseignements supplémentaires						
	<input type="checkbox"/> Ambulance			<input type="checkbox"/> Autre								
N° d'assurance maladie	Date d'expiration	Année	Mois	Personne à rejoindre en cas d'urgence				Ind. rég.	N° de téléphone			
Médecin ou service							Nom du médecin de famille					
Employeur (nom, adresse)							Ind. rég. N° de téléphone					

OBSERVATIONS	

Paramètres fondamentaux à l'arrivée	Heure	Pouls	T.A.	t (°C)	Respiration	Diagnostic	<input type="checkbox"/> Provisoire	<input type="checkbox"/> Final
DATE	HEURE							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							

AH-280B DT9052 (rév. 2013-03) SI L'ESPACE EST INSUFFISANT, utiliser le formulaire AH-600 ou AH-601 « Suite de rapport ».

**URGENCE ET CONSULTATION EXTERNE** **DOSSIER DE L'USAGER (suite)**



