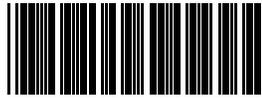


INFORMATION MÉDICALE SOMMAIRE



DT9098

À l'intention de : _____

**Voici quelques renseignements concernant
la personne ci-contre qui a été :**

Vue à l'urgence Vue à la consultation externe

Hospitalisée dans notre établissement

Diagnostic principal et autres informations

Diagnostic principal

Autres diagnostics et problèmes

Complications

Interventions et traitements

Recommandations à l'utilisateur

Médication prescrite

Incapacité

Visite de relance

Renseignements spéciaux

Date du rapport | | | | |
Année Mois Jour

Signature du médecin traitant