

ÉTABLISSEMENT \_\_\_\_\_

CODE \_\_\_\_\_ 8

PÉRIODE \_\_\_\_\_ 9 10 DATE D'ARRIVÉE \_\_\_\_\_ AN MOIS 11 14

**REGISTRE DE LA SALLE D'URGENCE**

1.	Identification				MODE 1. Ambulance 2. Autre	Arrivée			Diagnostic 1- Problèmes cardiaques 2- Troubles mentaux et psycho-sociaux 3- Traumatismes 4- Troubles respiratoires 5- Troubles digestifs 9- Autres	Consultation (voir annexe)	Demande d'admission	Sortie			Destination 1- Hospitalisé. 2- Libéré 3- Transféré (autre CHCD) 4- Référé (spécifiez) 5- Autres	Notes													
	PATIENTS 1. civière 2. ambul.		SEXE 1. Femme 2. Homme	ÂGE		JOUR	H	M				Date (jour)	H	M			Date (jour)	H	M										
1.	15	16	21	22	23	24	25	26	27	28	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	44	45	46	47	50	51		
2.																													
3.																													
4.																													
5.																													
6.																													
7.																													
8.																													
9.																													
10.																													
11.																													
12.																													
13.																													
14.																													
15.																													
16.																													
17.																													
18.																													
19.																													
20.	15	16	21	22	23	24	25	26	27	28	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	44	45	46	47	50	51		