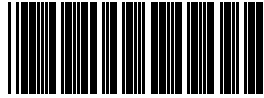


OBSERVATION MÉDICALE
ABRÉGÉE/COURT SÉJOUR



DT9099

INTERVENTION/EXAMEN PROPOSÉ

	Année	Mois	Jour
Prévu le :			
Diagnostic			

ANTÉCÉDENTS PERTINENTS (médicaux/chirurgicaux)

ANTÉCÉDENTS ANESTHÉSIIQUES (personnels/familiaux)

HISTOIRE

Maladie actuelle

Revue des systèmes : (neurologie, hématologie, O.R.L., syst. respiratoire, syst. cardio-vasculaire, syst. digestif, syst. génito-urinaire, psychiatrie, endocrinologie)

Éléments particuliers :

Usage du tabac :	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	I.V.R.S. récente :	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Dernières menstruations Année Mois Jour Date
Toux :	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Douleur thoracique :	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	
Dyspnée :	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Problèmes de coagulation :	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	

Médication actuelle (sous ordonnance et autre)

Allergie

non oui Si oui, spécifier

EXAMEN CLINIQUE

Système en cause

Examen des systèmes : (tête, cou, seins, abdomen, organes génitaux, anus, membres, autres)

Éléments particuliers :

Masse	Taille	Coeur
T.A.	Pouls	Poumons

EXAMENS DEMANDÉS

Hb	Ht	Urines	E.C.G.	Autres
Signature du médecin				N° de permis
				Année Mois Jour Date

