URGENCE
CONSULTATION EXTERNE

Nom de l'établissement

DT9056

Inscription	État civil	Dossier de l'usager
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	

CONSENTEMENT/*CONSENT*

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.
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.

Signature	Date (année, mois, jour)
Témoin à la signature	Date (année, mois, jour)

ACCIDENT	Année	Mois	Jour	Heure :	ARRIVÉE À L'URGENCE	Année	Mois	Jour	Heure :	Code

Responsabilité du paiement	TRANSPORT ☐ Ambulance ☐ 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

OBSERVATIONS

Paramètres fondamentaux à l'arrivée

Heure	Pouls	T.A.	*t* (°C)	Respiration
:				

Diagnostic

☐ Provisoire
☐ Final

DATE	HEURE	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	

AH-280 DT9056 (rév. 2020-11)

URGENCE
CONSULTATION EXTERNE

Nom de l'établissement

DT9056

Inscription	État civil	Dossier de l'usager
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	

CONSENTEMENT/*CONSENT*

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.
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.

Signature	Date (année, mois, jour)
Témoin à la signature	Date (année, mois, jour)

ACCIDENT	Année	Mois	Jour	Heure :	ARRIVÉE À L'URGENCE	Année	Mois	Jour	Heure :	Code

Responsabilité du paiement	TRANSPORT ☐ Ambulance ☐ 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

OBSERVATIONS

Paramètres fondamentaux à l'arrivée

Heure	Pouls	T.A.	*t* (°C)	Respiration
:				

Diagnostic

☐ Provisoire
☐ Final

DATE	HEURE	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	

SI L'ESPACE EST INSUFFISANT, utiliser le formulaire AH-600 ou AH-601 « Suite de rapport ».