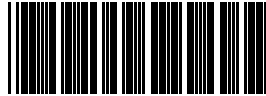


# URGENCE CONSULTATION EXTERNE

<b>Nom de l'établissement</b>



DT9056

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. <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					Renseignements supplémentaires						
	<input type="checkbox"/>	Ambulance	<input type="checkbox"/>									
	<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	

<b>OBSERVATIONS</b>	

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

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

# 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)
Témoin 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>	

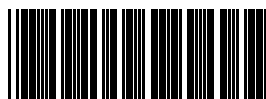
<b>Paramètres fondamentaux à l'arrivée</b>					<b>Diagnostic</b>	
--	--	--	--	--	-------------------	--

Heure	Pouls	T.A.	t (°C)	Respiration	<input type="checkbox"/> Provisoire <input type="checkbox"/> Final
:					

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

# URGENCE CONSULTATION EXTERNE

<b>Nom de l'établissement</b>



DT9056

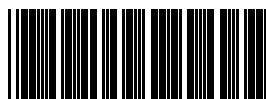
Inscription	Etat civil	Dossier de l'utilisateur
Prénom et nom à la naissance		
Prénom et nom du conjoint		
Adresse		
Ville	Ind. rég.	N° de téléphone
Code postal	Nom et prénom de la mère	
Nom et prénom du père		Date de naissance A    M    J

CONSETEMENT/CONSENT	
<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)
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 <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			

# URGENCE CONSULTATION EXTERNE

<b>Nom de l'établissement</b>



DT9056

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	

CONSETEMENT/CONSENT	
<p style="font-size: small;">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>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)

ACCIDENT	Année	Mois	Jour	Heure	:	ARRIVÉE À L'URGENCE	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

**OBSERVATIONS**

--	--

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

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