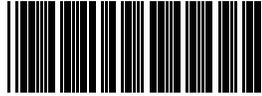


OBSERVATION MÉDICALE  
ABRÉGÉE/COURT SÉJOUR



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

