Effacer Imprimer Enregistrer

Santé et Services sociaux Québec

DT9064

Date de naissance (Année / Mois / Jour)	N° chambre	N° de dossier
Nom et prénom à la naissance		
Nom usuel ou nom du conjoint		
Adresse		
Code postal	Ind. rég.	N° téléphone / Sexe ☐ M ☐ F
N° d'assurance maladie	Nom du médecin traitant	

OBSERVATIONS DE L'INFIRMIÈRE

Page

Date (Année Mois Jour)	Heure	Interventions, observations, signature

Suite au verso

Nom de l'usager	N° de dossier

Date Année Mois Jour	Heure	Interventions, observations, signature

OBSERVATIONS DE L'INFIRMIÈRE