Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest
Québec

Registre d'utilisation photothérapie à domicile « *Bilisoft* »

Identification GBM : _____

DATE DU PRÊT aaaa/mm/jj	NOM, PRÉNOM DU NOUVEAU-NÉ	# DOSSIER	DATE DE RETOUR aaaa/mm/jj	INTÉGRITÉ ☑	SIGNATURE INFIRMIÈRE / INFIRMIÈRE AUXILIAIRE
				☐	
				☐	
				☐	
				☐	
				☐	
				☐	
				☐	
				☐	
				☐	
				☐	
				☐	
				☐	
				☐	
				☐	
				☐	
				☐	
				☐	