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

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

AMORCE DE TRAITEMENT
PROBLÈMES DE SANTÉ CHRONIQUES

Nom de l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) : _____

Nom du médecin partenaire : _____

Impression diagnostique des problèmes de santé chroniques

☐ Diabète
☐ Hypertension
☐ Hypercholestérolémie
☐ Asthme
☐ Maladies pulmonaires obstructives chroniques
☐ Hypothyroïdie

Intervention(s)

☐ Traitement amorcé (voir note d'évolution du : AAAA-MM-JJ)
☐ Traitement non amorcé
☐ Demande de discussion de cas avec le médecin partenaire
☐ Usager avisé de prendre rendez-vous avec le médecin partenaire d'ici un mois

Signature de l'infirmière praticienne spécialisée : _____ Date : _____
AAAA-MM-JJ

Suivi de la demande par le médecin

Signature du médecin : _____ # permis : _____ Date : _____
AAAA-MM-JJ