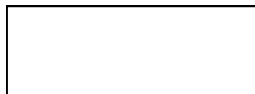




Installation : _____



Dossier : _____
Nom, Prénom : _____
Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ
NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM
Nom de la mère : _____

BANDES DE RYTHME - USAGER SOUS MONITORING CARDIAQUE

Signature de l'infirmière : _____

Date : _____ AAAA-MM-JJ _____ HH:MM

Signature de l'infirmière : _____

Date : _____ AAAA-MM-JJ _____ HH:MM

Nom : _____ Prénom : _____ Dossier : _____

Signature de l'infirmière : _____

Date : _____ AAAA-MM-JJ _____ HH:MM

Signature de l'infirmière : _____

Date : _____ AAAA-MM-JJ _____ HH:MM