

Installation : _____

SUIVI SPÉCIALISÉ – HÉBERGEMENT
DÉFICIENCE PHYSIQUE ET INTELLECTUELLE

Dossier : _____
Nom, Prénom : _____
Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj
NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm
Nom, Prénom de la mère : _____

MÉDECINS SPÉCIALISTES	FRÉQUENCE	NOM	ADRESSE	# DE TÉLÉPHONE (poste)	SUIVI ACTIF ☒	SUIVI CESSÉ ☒	INIT.
Cardiologie					☐	☐	
Dentisterie					☐	☐	
Dermatologie					☐	☐	
Endocrinologie					☐	☐	
Gastroentérologie					☐	☐	
Neurologie					☐	☐	
Ophtalmologie					☐	☐	
O.R.L.					☐	☐	
Orthopédie					☐	☐	
Pédiatrie					☐	☐	
Psychiatrie					☐	☐	
Urologie					☐	☐	
Orthopédie					☐	☐	
Physiatrie					☐	☐	

Nom :

Prénom :

#Dossier :

PROFESSIONNELS	FRÉQUENCE	NOM	ADRESSE	# DE TÉLÉPHONE (poste)	SUIVI ACTIF ☒	SUIVI CESSÉ ☒	INIT.
Éducation spécialisée					☐	☐	
Ergothérapie					☐	☐	
Médecin de famille/ IPS					☐	☐	
Nutritionniste					☐	☐	
Orthopédagogie					☐	☐	
Orthophonie					☐	☐	
Physiothérapie					☐	☐	
Psychoéducation					☐	☐	
Psychologie					☐	☐	
Travail social					☐	☐	

AUTRES	FRÉQUENCE	NOM	ADRESSE	# DE TÉLÉPHONE (poste)	SUIVI ACTIF ☒	SUIVI CESSÉ ☒	INIT.
					☐	☐	
					☐	☐	
					☐	☐	
					☐	☐	

SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE	INITIALES	SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE	INITIALES	SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE	INITIALES