

Installation : _____

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

CONTRÔLE ET SUIVI TÉLÉPHONIQUE DES RÉSULTATS ANORMAUX

- ☐ Ordonnance collective sans prise en charge médicale
☐ Suivi téléphonique à la demande de : _____
☐ Contrôle de résultats anormaux vérifiés par : _____

Raison du suivi : _____

Consignes : Effectuer au minimum 3 appels en 14 jours

☐ Numéro de téléphone non-valide

☐ **Appel # 1** ☐ Message laissé sur répondeur avec coordonnées de rappel

Signature et titre : _____ Date : ____/____/____ Heure : ____:____

☐ **Appel # 2** ☐ Message laissé sur répondeur avec coordonnées de rappel

Signature et titre : _____ Date : ____/____/____ Heure : ____:____

☐ **Appel # 3** ☐ Message laissé sur répondeur avec coordonnées de rappel

Signature et titre : _____ Date : ____/____/____ Heure : ____:____

☐ **Retour d'appel**

Signature et titre : _____ Date : ____/____/____ Heure : ____:____

NOTES

☐ Lettre envoyée lors d'une impossibilité à joindre l'utilisateur, par : _____ Date : ____/____/____

Signature et titre : _____ Date : ____/____/____