



MOCLI60262

Installation : _____

**FICHE DE LIAISON SOINS INFIRMIERS
DESTINÉE AU MÉDECIN OU IPS**

Adresse : _____

Téléphone : _____ Nom du médecin : _____

Observations de l'infirmière :

Traitements et médicaments actuels :

Signature de l'infirmière : _____ Date : _____

Observations et ordonnances du médecin traitant :

Changement de traitement :

Médicaments :

Prochain rendez-vous :

Signature du médecin traitant : _____ # de permis : _____ Date : _____

COPIE BLANCHE : Dossier médical
COPIE JAUNE : Médecin traitant