

NOTES D'ÉVOLUTION
Services professionnels



Dossier :

Nom, Prénom :

Date de naissance :

☐ F

☐ M

NAM :

Exp.

Nom de la mère :

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT

CISSS de la Montérégie-Ouest

**ÉVALUATION MÉDICALE -
PLANIFICATION DE CONSTAT DE DÉCÈS PAR INFIRMIÈRE**

DATE		NOTES ET SIGNATURES
Année	Mois	Jour
Raison: Planification d'un constat de décès par l'infirmière ☐ Niveaux de soins et RCR (AH-744) complété		
Causes du décès attendu Maladies ou affections morbides à risque de directement provoqué le décès. Antécédents, affections morbides à risque éventuellement de conduire à l'état précisé, l'affection morbide initiale étant indiquée en dernier lieu		Date de début étiologique aaaa/mm/jj
A) Due(e)s à (ou consécutifs(ves) à)		
B) Due(e)s à (ou consécutifs(ves) à)		
C) Due(e)s à (ou consécutifs(ves) à)		
D) (Cause initiale)		
Autres états morbides ou antécédents importants pouvant contribuer au décès, mais sans rapport avec la maladie ou avec l'état morbide pouvant provoquer le décès		Date de début étiologique aaaa/mm/jj
Décès prévisible au cours de la dernière maladie : ☐ Oui ☐ Non		
Pronostic : _____		
L'utilisateur est-il atteint d'une maladie à déclaration obligatoire : ☐ Oui ☐ Non		
Présence de radio-isotopes : ☐ Oui ☐ Non		
_____ Nom du médecin ou de l'IPS		_____ Signature
_____ # permis		Date: _____ aaaa/mm/jj

