

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

ÉLIMINATION VÉSICALE - CLIENTÈLE AVEC LÉSION MÉDULLAIRE OU SYNDROME DE QUEUE DE CHEVAL

Date (aaaa/mm/jj)	Heure (hh:mm)	Miction / Bladder scan / Cathétérisme / Sonde urinaire	Commentaires	Initiales
		☐ Miction libre _____ mL ☐ Bladder scan post-miction _____ mL ☐ Cathétérisme _____ mL ☐ Sonde urinaire _____ mL		
		☐ Miction libre _____ mL ☐ Bladder scan post-miction _____ mL ☐ Cathétérisme _____ mL ☐ Sonde urinaire _____ mL		
		☐ Miction libre _____ mL ☐ Bladder scan post-miction _____ mL ☐ Cathétérisme _____ mL ☐ Sonde urinaire _____ mL		
		☐ Miction libre _____ mL ☐ Bladder scan post-miction _____ mL ☐ Cathétérisme _____ mL ☐ Sonde urinaire _____ mL		
		☐ Miction libre _____ mL ☐ Bladder scan post-miction _____ mL ☐ Cathétérisme _____ mL ☐ Sonde urinaire _____ mL		
		☐ Miction libre _____ mL ☐ Bladder scan post-miction _____ mL ☐ Cathétérisme _____ mL ☐ Sonde urinaire _____ mL		
		☐ Miction libre _____ mL ☐ Bladder scan post-miction _____ mL ☐ Cathétérisme _____ mL ☐ Sonde urinaire _____ mL		

Signature et titre	Initiales	Signature et titre	Initiales	Signature et titre	Initiales