Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest
Québec

MOCLI60707

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

Installation : _____

CONSULTATION CARDIOLOGIE PÉDIATRIQUE
CLINIQUES SPÉCIALISÉES

Médecin référent : _____

SOINS INFIRMIERS

Date : aaaa/mm/jj Âge : _____ Poids : _____ Taille : _____

Allergies : _____

Signes vitaux : TA : _____ mmHg FC : _____ /min FR : _____ / min Sat : _____ % T° _____ °C

Médicaments : _____

Signature et titre _____ Date : aaaa/mm/jj

CONSULTATION MÉDICALE

Prochain rendez-vous : _____

Ordonnances : ☐ ECG ☐ Échographie cardiaque ☐ Laboratoire

Prophylaxie de l'endocardite bactérienne : ☐ Oui ☐ Non

Signature du médecin : _____ # Permis : _____ Date : aaaa/mm/jj