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

MOCLI60834

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____ (aaaa/mm)

Nom, prénom de la mère : _____

Installation : _____

GUICHET UNIQUE AMBULATOIRE (GUA)

Spécialité : _____

Réception de la consultation : aaaa/mm/jj

Traitement de la consultation : aaaa/mm/jj

RAISON DE CONSULTATION

PRÉALABLE AU TRAITEMENT DE LA DEMANDE

ÉCHELLE DE PRIORITÉ CLINIQUE

PRIORITÉ SELON LES CRITÈRES DU CRDS: _____

Analyse et intervention :

Priorité finale déterminé par : _____

RENDEZ-VOUS

Attribué par : ☐ GUA

Usager informé du rendez-vous : aaaa/mm/jj

Date et heure du rendez-vous : aaaa/mm/jj hh:mm

Référence envoyée à : ☐ Centrale de rendez-vous : aaaa/mm/jj

Signature de l'infirmière : _____ Date : aaaa/mm/jj