

Hôpital
Barrie Mémorial

Nom, Prénom :

Allergie(s) :

Intolérance(s) :

Remarques :

Naissance :

RAMQ :

Chambre :

Dossier:

Sexe :

Poids (kg) :

Taille (cm) :

*** VALIDE DU		***	Voie d'adm.	(00:00-07:59)	(08:00-15:59)	(16:00-23:59)
Init. :						
Heure :						
Init. :						
Heure :						
Init. :						
Heure :						
Init. :						
Heure :						
Init. :						
Heure :						

Vérifié avec profil : Le :

Signature(s) Init(s)		Signature(s) Init(s)		Signature(s) Init(s)	

(R) Refus (EX) Examen (SO) Salle d'opération (AA) Auto-administration (AR) Autre raison (détailler)

Apposer les initiales dans la case au moment de l'administration.

 Précautions lors de la manipulation  Précautions grossesse et allaitement  Cytotoxique  Haut risque