

CISSMO SUROIT-URGENCE



Hôpital du Suroît



Nom, Prénom:

Chambre:

Allergie(s):

Dossier:

Intolérance(s):

Sexe:

Poids (kg):

Remarques:

Naissance:

RAMQ:

Taille (cm):

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

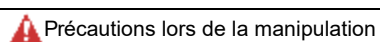
(EX) Examen

(SO) Salle d'opération

(AA) Auto-administration

(AR) Autre raison (détailler)

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



Précautions grossesse et allaitement



Cytotoxique



Haut risque

Hôpital du Suroît

Nom, Prénom:  Chambre:
Allergie(s): Naissance: Dossier:
RAMQ: Sexe:
Intolérance(s): Médicaments écrasés Poids (kg):
Remarques: Liquide épaissi Taille (cm):
Compote

*** VALIDE DU ***				
Nom générique du médicament/nom commercial courant		Voie d'adm.	(00:00-07:59)	(08:00-15:59)
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