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

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

Installations : _____

NOTES D'ÉVOLUTION
USAGER SOUS TÉLÉMÉTRIE

Âge de l'usager : _____ Chambre : _____ Médecin traitant : _____

Diagnostic : _____

RCR: ☐ Oui ☐ Non Stimulateur cardiaque (pacemaker): ☐ Oui ☐ Non

Examen ou chirurgie à venir : _____

Médications PRN : _____

Date / Heure (AAAA-MM-JJ) (HH-MM)	Notes

Nom, prénom : _____ Dossier : _____

Date / Heure (AAAA-MM-JJ) (HH-MM)	