

Installation : _____

Dossier : _____
Nom, Prénom : _____
Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ
NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM
Nom de la mère : _____

ORDONNANCE INFIRMIÈRE ANALYSE DE LABORATOIRE

Date de la prescription : _____ AAAA-MM-JJ

Période de validité de l'ordonnance, s'il y a lieu :

Analyses de laboratoire

- ☐ Préalbumine ☐ Albumine ☐ Culture de plaie
- ☐ Tests de contrôle selon le protocole québécois pour le traitement d'une infection gonococcique ou d'une infection à *Chlamydia trachomatis* chez une personne asymptomatique.
Précisez :

Identification de l'infirmière/infirmier prescriptrice(eur)

Nom : _____ Prénom : _____
Numéro de permis (OIIQ) : _____ No de prescripteur (6 chiffres) : _____
No de téléphone : _____ No de télécopieur : _____

Signature de l'infirmière : _____ Date : _____ AAAA-MM-JJ