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

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

ORDONNANCE INFIRMIÈRE
PRODUIT, MÉDICAMENT OU PANSEMENT

Date de la prescription : _____ AAAA-MM-JJ

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

Produit, médicament ou pansement

Allergie(s) :

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