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

REGISTRE DES ACTIVITÉS PONCTUELLES INDIVIDUELLES

Clinique du nourrisson

Installation : _____

Date : aaaa-mm-jj

				Raison										Acte					Suite		
Nom bébé / # dossier	**DDN**	**Nom parent**	**DDN**	SUIVI POSTNATAL	ALLAITEMENT	PEAU	DODO	DISCIPLINE	ALIMENTATION SOLIDE	PLEURS	POIDS	ÉPUISEMENT	AUTRES	PESÉE	CONSULTATION ALLAITEMENT	EXAMEN PHYSIQUE NOUVEAU-NÉ	RECOMMANDATION	RÉFÉRENCE	RELANCE / SUIVI	**Remarques**	**Signature de l'infirmière**