



Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

SURVEILLANCE DES ACCÈS VASCULAIRES – TRANSONIC

Date	Débit réel (QB)	Recirculation (%) et débit (mL/min)	Débit intra-accès	Temps effectué (min) depuis début	Aiguilles (Type) et calibre	Signature et titre
(AAAA-MM-JJ)						
(AAAA-MM-JJ)						
(AAAA-MM-JJ)						
(AAAA-MM-JJ)						
(AAAA-MM-JJ)						
(AAAA-MM-JJ)						
(AAAA-MM-JJ)						
(AAAA-MM-JJ)						
(AAAA-MM-JJ)						

Date	Débit réel (QB)	Recirculation (%) et débit (mL/min)	Débit intra-accès	Temps effectué (min) depuis début	Aiguilles type et calibre	Signature et titre
(AAAA-MM-JJ)						
(AAAA-MM-JJ)						
(AAAA-MM-JJ)						
(AAAA-MM-JJ)						
(AAAA-MM-JJ)						
(AAAA-MM-JJ)						
(AAAA-MM-JJ)						
(AAAA-MM-JJ)						
(AAAA-MM-JJ)						
(AAAA-MM-JJ)						
(AAAA-MM-JJ)						
(AAAA-MM-JJ)						