

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

SYNDROME D'ALLURE GRIPPALE (SAG)

CLINIQUE DE GRIPPE

DATE : _____

ANTÉCÉDENTS : _____

ALLERGIES : _____

MÉDICAMENTS – Liste consultée : ☐ Oui ☐ Non ☐ S/O

SIGNES VITAUX

Tension artérielle : _____ Saturation : _____

Pouls : _____ Température : _____

Rythme respiratoire : _____

MOTIFS DE CONSULTATION SAG

Depuis le _____ AAAA-MM-JJ

☐ Température ☐ Toux ☐ Céphalées ☐ Myalgies ☐ Fatigue

HISTOIRE

OBSERVATIONS

Signature de l'infirmière : _____

Date : _____

AAAA-MM-JJ