Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides
Québec

FORMULAIRE DE COMMUNICATION DE L'INFIRMIÈRE AU MÉDECIN TRAITANT OU À L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE

(INFORMATION)

Date de naissance (DDN) : _____

Numéro d'assurance maladie (NAM) : _____

Identification du patient : _____

Nom du patient : _____

Date : _____ **Heure :** _____

MÉDECIN TRAITANT OU IPS DU PATIENT	PATIENT
Nom :	**Nom :**
Tél. : **Téléc. :**	**DDN :**
N° prescripteur :	**NAM :**

SITUATION CLINIQUE : SOINS DE PLAIES

Type de plaie :

Analyse de laboratoire

☐ Culture de plaie

☐ Préalbumine Albumine

Si résultat non accessible au dossier du patient, joindre les pièces (nombre de pièces : .....)

Produits créant une barrière cutanée prescrits :

Médicaments topiques prescrits :

Pansements prescrits :

Ne pas compléter cette section. Information à venir

SITUATION CLINIQUE : SANTÉ PUBLIQUE ☐ OU PROBLÈME DE SANTÉ COURANT ☐

Préciser la problématique de santé traitée :

Médicament prescrit :

Analyse de laboratoire :

Forme, posologie, durée de traitement :

Préciser : _____

Si résultat non accessible au dossier du patient, joindre les pièces (nbr ...)

Justificatif :

Nom de l'infirmière :	N° de permis :
Signature :	N° de prescripteur :
Tél. :	Téléc. :
Coordonnées au travail :	
Adresse courriel :	