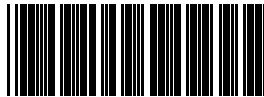


**INFORMATION MÉDICALE
SOMMAIRE**

DT9098

À l'intention de : _____

**Voici quelques renseignements concernant
la personne ci-contre qui a été :**Vue à l'urgence Vue à la consultation externe Hospitalisée dans notre établissement **Diagnostic principal et autres informations**

Diagnostic principal

Autres diagnostics et problèmes

Complications

Interventions et traitements

Recommandations à l'usager**Médication prescrite****Incapacité****Visite de relance****Renseignements spéciaux**Date du rapport | | | |
Année Mois Jour

Signature du médecin traitant