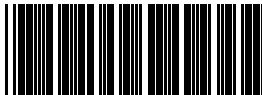


**OBSERVATION MÉDICALE
ABRÉGÉE/COURT SÉJOUR**

DT9061

INTERVENTION/EXAMEN PROPOSÉ

Prévu le :	Année	Mois	Jour
Diagnostic			

ANTÉCÉDENTS PERTINENTS (médicaux/chirurgicaux)**ANTÉCÉDENTS ANESTHÉSIQUES (personnels/familiaux)****HISTOIRE****Maladie actuelle****Revue des systèmes :** (neurologie, hématologie, O.R.L., syst. respiratoire, syst. cardio-vasculaire, syst. digestif, syst. génito-urinaire, psychiatrie, endocrinologie)**Éléments particuliers :**

Usage du tabac :	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	I.V.R.S. récente :	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Dernières menstruations
Toux :	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Douleur thoracique :	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Année
Dyspnée :	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Problèmes de coagulation :	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Mois
						Date

Médication actuelle (sous ordonnance et autre)**Allergie**

non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Si oui, spécifier
------------------------------	------------------------------	-------------------

EXAMEN CLINIQUE**Système en cause****Examen des systèmes :** (tête, cou, seins, abdomen, organes génitaux, anus, membres, autres)**Éléments particuliers :**

Masse	Taille	Cœur
T.A.	Pouls	Poumons

EXAMENS DEMANDÉS

Hb	Ht	Uries	E.C.G.	Autres
----	----	-------	--------	--------

Année	Mois	Jour
-------	------	------

Signature du médecin

N° de permis

Date

Nom de l'usager	N° de dossier
-----------------	---------------

PROTOCOLE OPÉRATOIRE

Signature du médecin

N° de permis

Année Mois Jour

Mo

s

Jour

Date

1

e

1

1

ORDONNANCES MÉDICALES

Date et heure
Année Mois Jour

NOTES D'ÉVOLUTION

Date et heure
Année Mois Jour