

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec



Hôpital Santa Cabrini



HSC40105

N° Dossier : _____ Date de naissance : _____ Sexe : _____

Nom, Prénom : _____

Nom de la mère : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

NAM : _____

Expiration : _____

PRESCRIPTION DE SURFACE D'APPUI AU LIT (Rx)

Date de prescription (AAAA-MM-JJ) : _____ (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Unité : _____

Chambre : _____

Chirurgie électorive : Oui Non

ÉTAPE 1 : IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

Demandé par : _____ (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Infirmier en soins de plaies Ergothérapeute Médecin

ÉTAPE 2 : SÉLECTION DU TYPE DE SURFACE D'APPUI CURATIVE

Surface d'appui motorisée

À pression alternée

Fonction « heel guard » requise

À faible perte d'air et à pression alternée

Poids de l'usager : < 400 lbs (< 182 Kg)

> 400 lbs (> 182 Kg)

À faible perte d'air et à pulsations

Surface d'appui non-motorisée

À fluide visqueux

ÉTAPE 3 : SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR

ÉTAPE 4 : NUMÉRISER À LA BRANCARDERIE (VIA L'APPAREIL MULTIFONCTIONS DE L'UNITÉ)

brancarderie.cemtl@ssss.gouv.qc.ca

Pour toute question en lien avec ce formulaire ou votre demande de surface d'appui, contacter le service de la brancarderie au 514 252-3400 #2821

SECTION RÉSERVÉE À LA BRANCARDERIE

Chirurgie électorive : Annulée Reportée pour (AAAA-MM-JJ) : _____

Information reçue par : _____

Inventaire

Location

Numéro d'inventaire :

Numéro de bon de commande :

Numéros Servox aller :

Numéro de confirmation du fournisseur :

Numéros Servox retour :

Numéros de la surface et de la pompe :

Numéro de confirmation de fin :

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES