



URGENCE ET CONSULTATION EXTERNE

CONSENTEMENT

J'autorise les professionnels de cet établissement à faire les examens et traitements nécessaires.

Inscription	État civil	Dossier de l'utilisateur
Nom et prénom à la naissance		
Adresse		
Ville	Ind. rég. No de téléphone	
Code postal	Nom et prénom de la mère	
Nom et prénom du père		Date ANNÉE MOIS JOUR

SIGNATURE		ANNÉE	MOIS	JOUR	Responsabilité du paiement → TRANSPORT <input type="checkbox"/> Ambulance <input type="checkbox"/> Autre :
TÉMOIN À LA SIGNATURE		ANNÉE	MOIS	JOUR	
ACCIDENT : Date et heure ANNÉE MOIS JOUR HH MM		ARRIVÉE À L'URGENCE : Date et heure ANNÉE MOIS JOUR HH MM		Code	Renseignements supplémentaires
No RAMQ	Date d'expiration ANNÉE MOIS	Personne à rejoindre en cas d'urgence			
Médecin ou service			Nom du médecin de famille		Ind. rég. No de téléphone
Employeur (nom, adresse)			Ind. rég. No de téléphone		

OBSERVATIONS

Médication prise actuellement par l'utilisateur	Allergie connue (médicamenteuse et autres)

PARAMÈTRES FONDAMENTAUX À L'ARRIVÉE							Diagnostic final
Heure	Pouls	T.A.	Température (C)	Respiration	Taille	Poids	
Antécédents							
DATE			HEURE				
ANNÉE	MOIS	JOUR	HH	MM			