

## INFORMATIONS À L'ADMISSION

À l'Assistant aux Soins Infirmiers,  
Afin de compléter nos dossiers pharmacologiques et, ainsi, favoriser la bonne utilisation des thérapies médicamenteuses, pourriez-vous nous faire parvenir l'information contenue dans le dossier-patient concernant :

**NOM :** \_\_\_\_\_

**Chambre :** \_\_\_\_\_

**ALLERGIES :** NON   
OUI  Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

Si connu, spécifier le **type de réaction allergique:**  
(p. ex. : *rash/urticaire* ou *choc anaphylactique*)

**INTOLÉRANCES :** \_\_\_\_\_

**DIAGNOSTICS** principaux :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**POIDS :** \_\_\_\_\_ (kg ou livres) **en date du :** \_\_\_\_\_

**TAILLE :** \_\_\_\_\_ (cm/m ou pieds/pouces)

**Créatinine :** \_\_\_\_\_ **en date du :** \_\_\_\_\_

**MÉDICAMENTS ÉCRASÉS**

**LIQUIDE ÉPAISSI**

**COMPOTE**

Je vous prie de bien vouloir nous faire parvenir à la pharmacie par **télécopieur** au **514-490-2415** cette copie dûment remplie. Merci.

\_\_\_\_\_  
Pharmacien(ne)