

RESUME DU PATIENT

Nom du Patient:	Date de Naissance:
Chambre/Lit:	Date d'Admission:
Diagnostic Principal:	
Medecin Traitant:	Infirmier(e):

ANTECEDENTS MEDICAUX

MEDICAMENTS ACTUELS

ALLERGIES

STATUT DE REANIMATION

☐ Reanimation Complete ☐ Ne Pas Reanimer ☐ Ne Pas Intuber ☐ Ne Pas Reanimer/Intuber ☐ Confort Uniquement

DIRECTIVE ANTICIPEE / TESTAMENT DE VIE

☐ Oui ☐ Non Emplacement:

Mandataire de Sante: Telephone:

SOUHAITS EXPRIMES DU PATIENT

JOURNAL QUOTIDIEN

Date: _____ Medecin Traitant: _____ Infirmier(e): _____
Poste: ☐ Jour ☐ Soir ☐ Nuit

PLAN DU JOUR (selon l'equipe medicale)

CHANGEMENTS AUJOURD'HUI (medicaments, procedures, etat)

QUESTIONS POSEES

Question:	Reponse recue:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

MES OBSERVATIONS

NON RESOLU / SUIVI
