Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Québec

B C 0 0 1

Date de naissance (Année / Mois / Jour)	Nº de dossier
Nº d'assurance maladie	
Nom à la naissance	Prénom
Adresse	
Ville / Code postal / Nº de téléphone	
Nom de la mère	Prénom de la mère
Nom du père	Prénom du père

☐ CDÉ : _____

☐ CDD : _____

☐ AUTRE : _____

NOTE D'ÉVOLUTION

DÉPISTAGE PAR ÉCOUVILLONNAGE - COVID-19

DATE (Année / Mois / Jour)

SECTION À REMPLIR PAR L'INTERVENANT QUI EFFECTUE LE PRÉLÈVEMENT Heure : _____

Particularité(s) survenue(s) et intervention(s) effectuée(s) : _____

Signature de l'intervenant | Nom en caractère d'imprimerie | Titre/fonction

SECTION À REMPLIR PAR L'INFIRMIÈRE/INHALOTHÉRAPEUTE QUI ÉVALUE L'USAGER Heure : _____

Évaluation et intervention(s) effectuée(s) : _____

Orientation de l'usager (au besoin) : _____

Signature de l'intervenant | Nom en caractère d'imprimerie | Titre/fonction

FDCU-IF-007