

DÉPENSES PRÉAUTORISÉES PAR L'INTERVENANT SUIVI USAGER (DIRECTION CLINIQUE)

(Pour **chaque** article de plus de 100\$)

Mois :

Année :

Nom de l'utilisateur :	<input type="text"/>	Date de naissance:	<input type="text"/>
Nom de l'intervenant usager :	<input type="text"/>	Signature :	<input type="text"/>
Nom du chef clinique :	<input type="text"/>	Signature :	<input type="text"/>

Date de la pré- autorisation	Nature de la dépense	Montant autorisé	Commentaires (indiquez si autorisation verbale)	Initiales de l'int.usager	Initiales du chef clinique

À conserver dans le dossier de l'utilisateur.