Santé
et Services sociaux
Québec

PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER
(PTI)

Établissement :

CONSTATS DE L'ÉVALUATION

Date	Heure	Nº	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	

SUIVI CLINIQUE

Date	Heure	Nº	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE		
					Date	Heure	Initiales

Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service

Nom :

Site :
Dossier:

CONSTATS DE L'ÉVALUATION								
Date	Heure	Nº	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	

SUIVI CLINIQUE							
Date	Heure	Nº	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE		
					Date	Heure	Initiales

Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service