

INFORMATION MÉDICALE SOMMAIRE

Établissement : _____									
À l'intention de : _____									
Voici quelques renseignements concernant la personne ci-contre qui a été : <input type="checkbox"/> Vue à l'urgence <input type="checkbox"/> Vue à la consultation externe <input type="checkbox"/> Hospitalisée dans notre établissement									
Diagnostic principal et autres informations									
Diagnostic principal _____									
Autres diagnostics et problèmes _____									
Complications _____									
Interventions et traitements _____									
Recommandations à l'utilisateur									

Médication prescrite									
_____	_____								
_____	_____								
Incapacité									

Visite de relance									

Renseignements spéciaux									

Date du rapport <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse; margin-left: 10px;"> <tr> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">Année</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Mois</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Jour</td> <td></td> </tr> </table>					Année	Mois	Jour		_____ Signature du médecin traitant
Année	Mois	Jour							
Pour plus de détails, vous adresser au Service des archives médicales									