

OBSERVATION MÉDICALE
ABRÉGÉE/COURT-SÉJOUR

Établissement :				
INTERVENTION/EXAMEN PROPOSÉ			ANTÉCÉDENTS PERTINENTS (médicaux/chirurgicaux)	
Prévue le :			Année	Mois
			_____	_____
Diagnostique				
ANTÉCÉDENTS ANESTHÉSIIQUES (personnels/familiaux)				
HISTOIRE (maladie actuelle)				
Revue des systèmes : (neurologie, hématologie, O.R.L., syst. respiratoire, syst. cardio-vasculaire, syst. digestif, syst. génito-urinaire, psychiatrie, endocrinologie)				
Éléments particuliers :				
Usage du tabac :	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	I.V.R.S. récente :	non <input type="checkbox"/>
Toux :	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Douleur thoracique :	non <input type="checkbox"/>
Dyspnée :	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Problèmes de coagulation :	non <input type="checkbox"/>
				Dernières menstruations
				Année
				Mois
				Jour
				Date
Médication actuelle (sous ordonnance et autre)				
Allergie				
non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/>		
Si oui, spécifier				
EXAMEN CLINIQUE (Système en cause)				
Examen des systèmes : (tête, cou, seins, abdomen, organes génitaux, anus, membres, autres)				
Éléments particuliers :				
Masse	Taille	Cœur		
T.A.	Pouls	Poumons		
EXAMENS DEMANDÉS				
Hb	Ht	Urines	E.C.G.	Autres
Signature du médecin			N° de permis	
			Année	
			Mois	
			Jour	
			Date	

Nom :

Site :
Dossier:

PROTOCOLE OPÉRATOIRE		

Signature du médecin	N° de permis	Date	

ORDONNANCES MÉDICALES			
	Date et heure		
Année	mois	jour	:

NOTES D'ÉVOLUTION			
	Date et heure		
Année	mois	jour	: