Santé
et Services sociaux
Québec

URGENCE
CONSULTATION EXTERNE

Établissement :

CONSENTEMENT : J'autorise les professionnels de cet établissement à faire les examens et traitements nécessaires. J'autorise également les pharmaciens qui exercent leur profession dans les pharmacies communautaires ayant accès à mon profil pharmacologique à faire parvenir à l'établissement de santé le contenu de ce profil ainsi que toute autre information jugée pertinente qui permettra à l'équipe traitante dudit établissement d'assurer de façon optimale le suivi de mon état de santé.

***CONSENT** : I authorize the professionals of this institution to make the necessary examinations and treatments. I also authorize pharmacists who practice their profession in community pharmacies with access to my medication profile to provide the health care institution with the content of my profile as well as any* other *information deemed relevant that will enable the treating team of the institution to provide me with optimal health care.*

Signature	Date (année, mois, jour)
Témoin de la signature	Date (année, mois, jour)

ACCIDENT : date et heure	ARRIVÉE À L'URGENCE : date et heure	Code
Responsabilité du paiement ▶	TRANSPORT ❑ Ambulance ❑ Autre	
Renseignements supplémentaires		

Nº R.A.M.Q.	Date d'expiration RAMQ (année,mois)	Personne à rejoindre en cas d'urgence	Ind. rég. Nº de téléphone
Médecin ou service		Nom du médecin de famille	
Employeur (nom, adresse)			Ind. rég. Nº de téléphone

OBSERVATIONS

_____	_____
_____	_____
_____	_____

PARAMÈTRES FONDAMENTAUX À L'ARRIVÉE

Heure	Pouls	T.A.	t (°C)	Respiration

Diagnostic ☐ Provisoire ☐ Final

Date	Heure	
	:	**Niveau de soins : _____**
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	

Nom :

Site :
Dossier:

Date	Heure	
	:	
	:	
	:	