Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de l'Outaouais
Québec

OT2545

Installation : _____

N° DE DOSSIER : _____

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

SIGNES VITAUX ET OBSERVATIONS INFIRMIÈRE
CODE BLEU

Date *(aaaa/mm/jj) :* _____/____/____

PARAMÈTRES VITAUX														
Heure *hh :mm*														
TA														
FC														
fr														
Sat														
T°														

Heure	OBSERVATIONS INFIRMIÈRE

Nom : Prénom : # dossier :

Heure	OBSERVATIONS INFIRMIÈRE

TITRE	NOM-PRÉNOM	SIGNATURE	TITRE	NOM-PRÉNOM	SIGNATURE