

Transfert des patients de la résidence à l'urgence

Nom du patient	
-----------------------	--

Établissement d'origine

Établissement:	
# téléphone :	
Personne à contacter:	

Raison de la visite à l'urgence

Description de l'événement ou du problème de santé	
Signes vitaux (si anormaux)	
Particularités (Surdité, mutisme, trouble de comportement)	
Niveau de soins (Réanimation, intubation, soins intensifs)	
Antécédents médicaux Joindre autre feuille au besoin	

Famille à contacter au besoin

Nom:	
Lien:	
Coordonnées:	

Veillez joindre la liste de médicaments et apporter la médication pour les prochaines 24h.