



DT6006

FORMULAIRE DE COMMUNICATION
DE L'INFIRMIÈRE AU MÉDECIN TRAITANT
OU À L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE
SPÉCIALISÉE

(ATTENTION REQUISE) 

Date de naissance (DDN): _____

Numéro d'assurance maladie (NAM): _____

Identification du patient: _____

Nom du patient: _____

Date: _____

Heure: _____

MÉDECIN TRAITANT OU IPS DU PATIENT

Nom:

Tél.:

Télec.:

N° prescripteur:

Condition clinique non traitée ou nécessitant
une référence

Résultat d'analyses de laboratoire
(s'il y a lieu)

Motif de la consultation:

Culture de plaie

Préalbumine Albumine

Mesure diagnostique à des fins de dépistage
Préciser: _____

Autres Préciser: _____

Si résultat non accessible au dossier du patient,
joindre les pièces (nombre de pièces:)

Justificatif:

Réponse du médecin ou de l'IPS:

Nom de l'infirmière:

N° de permis:

Courriel:

N° de prescripteur:

Tél.:

Télec.:

Coordonnées au travail:

J'ai pris connaissance du contenu de ce formulaire

Signature du médecin ou de l'IPS: _____

Date: _____

Heure: _____

Important: renvoyer une copie signée à l'infirmière S.V.P.