

UQAC- Formulaire de suivi médical d'un patient (Transcrire une copie pour le médecin)

Date _____ Heure actuelle _____ Heure de l'incident _____

Nom du patient _____ Sexe _____ Age _____

Contacts d'urgence _____

d'assurance maladie _____ # de médic-alerte _____

Plainte principale et/ou observations primaires : _____

Description de comment l'accident ou la condition médicale est survenu : _____

Niveau de conscience actuel : Alerte Parle difficilement Réagit à douleur Sans réponse

Respiration actuelle : Excellente Médiocre Pénible Très pénible

Circulation sanguine actuelle : Excellente Médiocre Faible Saignements

Lentilles cornéennes : Oui Non Année vacciné contre le tétanos : _____

Allergies (médic-alerte) : _____

Médicaments utilisés: _____

Dernier repas : _____

Histoire de la blessure ou maladie : _____

Plan de traitement : _____

Je refuse le traitement et j'en assumerai les conséquences :

Signature du patient _____

Nom et signature d'un témoin _____ Date : _____

Inscrire tous les changements dans l'état de santé du patient :

| Heure (Commentaires) | Niveau de conscience | Respiration | Pouls | Pupilles | Peau | Tension artérielle | Température |
|-------------------------|-------------------------|-------------|-------|----------|------|-----------------------|-------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Transfert de responsabilité à _____ Date et heure _____

Nom et signature _____