



DOSSIER : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

D.D.N. (aaaa / mm / jj) : \_\_\_\_\_

Installation : \_\_\_\_\_

### Triage de l'utilisateur – Immunoglobulines non spécifiques

Indication de l'administration :	Date du triage (aaaa/mm/jj) :	Heure du triage :
Commentaires du comité de pairs :		
Préoccupation de l'utilisateur ou de sa famille :		
A-t-on décidé de procéder à l'administration? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date :	Heure :
Quantité administrée (g) :		
État de l'utilisateur après 24 heures :	Date :	Heure :
	Décision consécutive à la réévaluation :	
Documentation sur le triage fournie par : _____	Signature : _____	
Nom du professionnel (en lettres moulées)	Date (aaaa/mm/jj) : _____	
Médecin responsable du triage :	N° de permis : _____	
Signature : _____	Date (aaaa/mm/jj) : _____	
<b>Suivi</b>		
Suivi : _____		
_____		
État de l'utilisateur au moment de son congé de l'hôpital :	État de l'utilisateur après six mois :	
_____	_____	
_____	_____	
Signature : _____	Signature : _____	
Date (aaaa/mm/jj) : _____	Date (aaaa/mm/jj) : _____	