

## Demande de soins infirmiers

**Nom et prénom du patient :** .....

**Date de naissance :** .....

**Téléphone :** .....

<b>Motif de la demande :</b>	<b>Code CIM-10 :</b> <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

**Informations médicales significatives** (comorbidités, antécédents) :

.....

.....

.....

**Traitemennt demandé :**

- ECG
- Changement de pansement (préciser le protocole) :
- Ablations de fils / agrafes
- Bilan pré-op (annexer la feuille de demande d'analyses)
- Soins de plaies post-op
- Ablation de redon / SNG
- Enseignement de traitement (sous-cutanée)

Autre : .....

**Localisation / fréquence / protocole :**

.....

.....

.....

**Nom et prénom du médecin prescripteur :** .....

**Téléphone :** .....

**E-mail :** .....

**Date :** .....

**Tampon et signature :**