

Demande de soins infirmiers

Nom et prénom du patient :**Date de naissance :****Téléphone :****Motif de la demande :****Code CIM-10 :****Informations médicales significatives** (comorbidités, antécédents) :**Traitement 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 :**