



Installation : _____

CHEMINEMENT CLINIQUE TRANSFERT INTERÉTABLISSEMENT

Date : _____

Heure du départ : _____

Destination : _____

Heure du retour : _____

Double vérification du patient : _____

Vérification bracelet patient : _____

Vérification bracelet allergie : _____

Particularités / Précautions : _____

Allergie(s) : _____

☐ Patient MPOC

☐ Patient porteur d'un stimulateur cardiaque

Moniteur cardiaque

Aller ☐ Oui
☐ Non
Retour ☐ Oui
☐ Non

Transport

Aller ☐ Ambulance
☐ Transport adapté
Retour ☐ Ambulance
☐ Transport adapté

Procédure / Intervention

☐ Coronarographie

Entrée dans la salle d'examen : _____ h

☐ Étude électrophysiologique

Sortie de la salle d'examen : _____ h

Autres _____

Monitoring cardiaque

Rythme de base

Changement de rythme de base

Troubles du rythme

Prénom :

Installation :

N° de dossier :

[illegible]

Nom : _____

Prénom : _____

Installation : _____

N° de dossier : _____

[illegible]