

<i>INFORMATIONS DU PATIENT</i>          <i>www.mediregi.com</i>			<b>MON PATIENT</b>	<input type="checkbox"/>	<b>ORPHELIN</b>	<input type="checkbox"/>			
			<b>CODES VULNÉRABLES</b>	<input type="checkbox"/>	<b>GAMF</b>	<input type="checkbox"/>			
			<b>RENDEZ-VOUS / ACCÈS ADAPTÉ</b>			<b>RV / SRV</b>			
			VISITE DE PRISE EN CHARGE			<input type="checkbox"/>	V. ÉVALUATION MINEURE		<input type="checkbox"/>
			VISITE PÉRIODIQUE DU VULNÉRABLE			<input type="checkbox"/>	V. ÉVALUATION COMPLEXE		<input type="checkbox"/>
			VISITE DE SUIVI			<input type="checkbox"/>	INTER. CLIN. _____ MIN		<input type="checkbox"/>
			VISITE PÉRIODIQUE PÉDIATRIQUE			<input type="checkbox"/>	EXEMPTION 180-MIN (Ψ, vul)		<input type="checkbox"/>
			VISITE ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE			<input type="checkbox"/>	FORFAIT ITSS _____ MIN		<input type="checkbox"/>
			VISITE DE SUIVI PSYCHIATRIQUE			<input type="checkbox"/>	INTERPRÈTE		<input type="checkbox"/>
			VISITE PRISE EN CHARGE GROSSESSE			<input type="checkbox"/>	AUTRE(S)		<input type="checkbox"/>
VISITE SUIVI DE GROSSESSE			<input type="checkbox"/>						
<b>SANS RENDEZ-VOUS</b>			<b>FORMULAIRES CNESST</b>						
DOCTEUR:			> 500 pts	< 500 pts	Attestation - Prise en Charge				
RÉFÉRENT:			DX:			Évolution - Final - Assign Temp			
DATE:			HEURE:			Avis Motivé -			
						DATE D'ACCIDENT:			

<i>INFORMATIONS DU PATIENT</i>          <i>www.mediregi.com</i>			<b>MON PATIENT</b>	<input type="checkbox"/>	<b>ORPHELIN</b>	<input type="checkbox"/>			
			<b>CODES VULNÉRABLES</b>	<input type="checkbox"/>	<b>GAMF</b>	<input type="checkbox"/>			
			<b>RENDEZ-VOUS / ACCÈS ADAPTÉ</b>			<b>RV / SRV</b>			
			VISITE DE PRISE EN CHARGE			<input type="checkbox"/>	V. ÉVALUATION MINEURE		<input type="checkbox"/>
			VISITE PÉRIODIQUE DU VULNÉRABLE			<input type="checkbox"/>	V. ÉVALUATION COMPLEXE		<input type="checkbox"/>
			VISITE DE SUIVI			<input type="checkbox"/>	INTER. CLIN. _____ MIN		<input type="checkbox"/>
			VISITE PÉRIODIQUE PÉDIATRIQUE			<input type="checkbox"/>	EXEMPTION 180-MIN (Ψ, vul)		<input type="checkbox"/>
			VISITE ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE			<input type="checkbox"/>	FORFAIT ITSS _____ MIN		<input type="checkbox"/>
			VISITE DE SUIVI PSYCHIATRIQUE			<input type="checkbox"/>	INTERPRÈTE		<input type="checkbox"/>
			VISITE PRISE EN CHARGE GROSSESSE			<input type="checkbox"/>	AUTRE(S)		<input type="checkbox"/>
VISITE SUIVI DE GROSSESSE			<input type="checkbox"/>						
<b>SANS RENDEZ-VOUS</b>			<b>FORMULAIRES CNESST</b>						
DOCTEUR:			> 500 pts	< 500 pts	Attestation - Prise en Charge				
RÉFÉRENT:			DX:			Évolution - Final - Assign Temp			
DATE:			HEURE:			Avis Motivé -			
						DATE D'ACCIDENT:			

<i>INFORMATIONS DU PATIENT</i>          <i>www.mediregi.com</i>			<b>MON PATIENT</b>	<input type="checkbox"/>	<b>ORPHELIN</b>	<input type="checkbox"/>			
			<b>CODES VULNÉRABLES</b>	<input type="checkbox"/>	<b>GAMF</b>	<input type="checkbox"/>			
			<b>RENDEZ-VOUS / ACCÈS ADAPTÉ</b>			<b>RV / SRV</b>			
			VISITE DE PRISE EN CHARGE			<input type="checkbox"/>	V. ÉVALUATION MINEURE		<input type="checkbox"/>
			VISITE PÉRIODIQUE DU VULNÉRABLE			<input type="checkbox"/>	V. ÉVALUATION COMPLEXE		<input type="checkbox"/>
			VISITE DE SUIVI			<input type="checkbox"/>	INTER. CLIN. _____ MIN		<input type="checkbox"/>
			VISITE PÉRIODIQUE PÉDIATRIQUE			<input type="checkbox"/>	EXEMPTION 180-MIN (Ψ, vul)		<input type="checkbox"/>
			VISITE ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE			<input type="checkbox"/>	FORFAIT ITSS _____ MIN		<input type="checkbox"/>
			VISITE DE SUIVI PSYCHIATRIQUE			<input type="checkbox"/>	INTERPRÈTE		<input type="checkbox"/>
			VISITE PRISE EN CHARGE GROSSESSE			<input type="checkbox"/>	AUTRE(S)		<input type="checkbox"/>
VISITE SUIVI DE GROSSESSE			<input type="checkbox"/>						
<b>SANS RENDEZ-VOUS</b>			<b>FORMULAIRES CNESST</b>						
DOCTEUR:			> 500 pts	< 500 pts	Attestation - Prise en Charge				
RÉFÉRENT:			DX:			Évolution - Final - Assign Temp			
DATE:			HEURE:			Avis Motivé -			
						DATE D'ACCIDENT:			