

INFORMATIONS DU PATIENT			EXAMENS				ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES				
WWW.MEDIREGI.CA				JOUR	SOIR	NUIT		Lacération face cm _____	<input type="checkbox"/>	Réanim. _____min	<input type="checkbox"/>
			Ordinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lacération autre cm _____	<input type="checkbox"/>	Ponction artérielle	<input type="checkbox"/>
			Principal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Interprète	<input type="checkbox"/>	Ponction abdo.	<input type="checkbox"/>
			Int. Clinique _____min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Attelle	<input type="checkbox"/>	Abcès	<input type="checkbox"/>
MD TRAITANT:	Heure début:	Sit Complexe _____min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Corps étranger	<input type="checkbox"/>	Panaris	<input type="checkbox"/>	
RÉFÉRANT:	ÉTAB:	Consultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brûlure (<10%)	<input type="checkbox"/>	Onyctomie simple	<input type="checkbox"/>	
DX:	DATE:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brûlure (entre 10-30%)	<input type="checkbox"/>	Onyctomie rad.	<input type="checkbox"/>	
							Kyste sébacé (face)	<input type="checkbox"/>	Garde préventive	<input type="checkbox"/>	
							Kyste sébacé (autre)	<input type="checkbox"/>	CTMSP	<input type="checkbox"/>	
							Formulaire BES	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
							CSST		ACCIDENT:		
							Attestation - Prise en Charge - Évolution - Consolidation				
							Assign Temporaire - Avis Motivé - Autre: _____				

INFORMATIONS DU PATIENT			EXAMENS				ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES				
WWW.MEDIREGI.CA				JOUR	SOIR	NUIT		Lacération face cm _____	<input type="checkbox"/>	Réanim. _____min	<input type="checkbox"/>
			Ordinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lacération autre cm _____	<input type="checkbox"/>	Ponction artérielle	<input type="checkbox"/>
			Principal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Interprète	<input type="checkbox"/>	Ponction abdo.	<input type="checkbox"/>
			Int. Clinique _____min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Attelle	<input type="checkbox"/>	Abcès	<input type="checkbox"/>
MD TRAITANT:	Heure début:	Sit Complexe _____min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Corps étranger	<input type="checkbox"/>	Panaris	<input type="checkbox"/>	
RÉFÉRANT:	ÉTAB:	Consultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brûlure (<10%)	<input type="checkbox"/>	Onyctomie simple	<input type="checkbox"/>	
DX:	DATE:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brûlure (entre 10-30%)	<input type="checkbox"/>	Onyctomie rad.	<input type="checkbox"/>	
							Kyste sébacé (face)	<input type="checkbox"/>	Garde préventive	<input type="checkbox"/>	
							Kyste sébacé (autre)	<input type="checkbox"/>	CTMSP	<input type="checkbox"/>	
							Formulaire BES	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
							CSST		ACCIDENT:		
							Attestation - Prise en Charge - Évolution - Consolidation				
							Assign Temporaire - Avis Motivé - Autre: _____				

INFORMATIONS DU PATIENT			EXAMENS				ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES				
WWW.MEDIREGI.CA				JOUR	SOIR	NUIT		Lacération face cm _____	<input type="checkbox"/>	Réanim. _____min	<input type="checkbox"/>
			Ordinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lacération autre cm _____	<input type="checkbox"/>	Ponction artérielle	<input type="checkbox"/>
			Principal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Interprète	<input type="checkbox"/>	Ponction abdo.	<input type="checkbox"/>
			Int. Clinique _____min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Attelle	<input type="checkbox"/>	Abcès	<input type="checkbox"/>
MD TRAITANT:	Heure début:	Sit Complexe _____min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Corps étranger	<input type="checkbox"/>	Panaris	<input type="checkbox"/>	
RÉFÉRANT:	ÉTAB:	Consultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brûlure (<10%)	<input type="checkbox"/>	Onyctomie simple	<input type="checkbox"/>	
DX:	DATE:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brûlure (entre 10-30%)	<input type="checkbox"/>	Onyctomie rad.	<input type="checkbox"/>	
							Kyste sébacé (face)	<input type="checkbox"/>	Garde préventive	<input type="checkbox"/>	
							Kyste sébacé (autre)	<input type="checkbox"/>	CTMSP	<input type="checkbox"/>	
							Formulaire BES	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
							CSST		ACCIDENT:		
							Attestation - Prise en Charge - Évolution - Consolidation				
							Assign Temporaire - Avis Motivé - Autre: _____				