

### RENSEIGNEMENTS

<b>Date de l'appel :</b>	<b>Heure de l'appel :</b>	<b>Heure de prise en charge :</b>
<b>NOM du patient :</b>		<b>Prénom du patient :</b>
<b>Adresse :</b>		
<b>Motif de l'appel du Centre 15 :</b>		

### SOINS

<b>Matériel utilisé :</b>	
<b>Type de Soin :</b>	<input type="checkbox"/> prélèvements <input type="checkbox"/> injections <input type="checkbox"/> pansements <input type="checkbox"/> stomie urinaire ou digestive <input type="checkbox"/> perfusions <input type="checkbox"/> visite infirmier <input type="checkbox"/> aérosol <input type="checkbox"/> sondage urinaire (SPI, sondage à demeure, sondage aller/retour) <input type="checkbox"/> soins relationnels <input type="checkbox"/> téléconsultation <input type="checkbox"/> Autre, précisez :