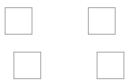

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT (ÉCRIRE LISIBLEMENT)

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES DU PATIENT

Veuillez fournir un bref résumé de l'état/du diagnostic requérant des soins infirmiers pour le patient : _____

Pronostic : _____

Besoins en soins : _____ heure(s) par jour, _____ jour(s) par semaine

Durée prévue des soins : du A M J au A M J

Niveau de soins requis : ☐ Inf. aut. ☐ Inf. aux. aut. ☐ Autre, spécifiez : _____

Lieu de prestations des services : ☐ Domicile ☐ Hôpital ☐ Autre, spécifiez : _____

Type de médication, méthode et fréquence d'administration : _____

Tâches spécifiques devant être effectuées par l'infirmier : _____

Autres commentaires : _____

5. CONFIRMATION ET IDENTIFICATION DU MÉDECIN TRAITANT

Je confirme par les présentes qu'à ma connaissance, l'information ci-dessus est complète et exacte.

Nom du médecin _____ Téléphone

Adresse _____ Télécopieur

☐ Médecin généraliste ☐ Spécialiste ☐ Autre, spécifiez : _____

Signature _____ Date A M J

iA Groupe financier est une marque de commerce et un autre nom sous lequel l'**Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.** exerce ses activités.