



Date : / /

Fiche de soins

Identité du patient :

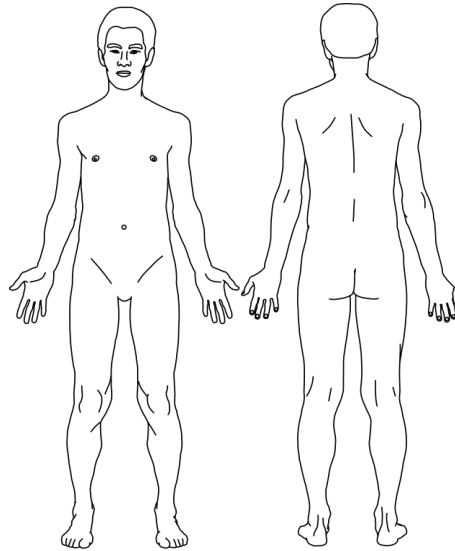
Nom : _____

Date de naiss. : / /

Prénom : _____

Numéro de tél. : _____

Circonstances :



Type de lésions :

Antécédents :

Maladies : _____

Opérations : _____

Médicaments : _____

Allergies : _____

Oxygène : Non : Oui : 10 L / min Masque à réservoir

Pocket mask / ballon

Gestes appliqués : _____

