

NOM DU PATIENT (PRÉNOM, NOM) :	DATE DE NAISSANCE (AAAA/MM/JJ) : ____/____/____	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU PATIENT : ____-____-____
NOM DU FORMATEUR (PRÉNOM, NOM) :	DATE DE DÉMARRAGE DE LA POMPE TANDEM (AAAA/MM/JJ) ____/____/____	FORMULAIRE D'INSTRUCTIONS DU PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ RELATIVES À LA PRISE EN CHARGE AUTONOME DU PATIENT CONSIGNÉ AU DOSSIER : ☐ OUI ☐ NON

[illegible][illegible]

Note d'évolution, page ____ de ____

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT :		
NOM DU PATIENT (PRÉNOM, NOM) :	DATE DE NAISSANCE (AAAA/MM/JJ) : ____/____/____	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU PATIENT : ____ - ____ - ____
NOM DU FORMATEUR (PRÉNOM, NOM) :	DATE DE DÉMARRAGE DE LA POMPE TANDEM (AAAA/MM/JJ) ____/____/____	FORMULAIRE D'INSTRUCTIONS DU PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ RELATIVES À LA PRISE EN CHARGE AUTONOME DU PATIENT CONSIGNÉ AU DOSSIER : ☐ OUI ☐ NON

DATE DE NAISSANCE (AAAA/MM/JJ) :

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU PATIENT :

DATE DE DEMARRAGE DE LA POMPE TANDEM
(AAAA/MM/JJ)

FORMULAIRE D'INSTRUCTIONS DU PRESTATAIRE DE SOINS DE
SANTÉ RELATIVES À LA PRISE EN CHARGE AUTONOME DU
PATIENT CONSIGNÉ AU DOSSIER :

☐ OUI ☐ NON

[illegible]

TEMPS CONSACRÉ
(incréments de 15 min) :

NOTES:

TEMPS TOTAL CONSACRÉ
(incréments de 15 min) :

SIGNATURE X	DATE (AAAA/MM/JJ) : / /
----------------	----------------------------

SIGNATURE

X

DATE (AAAA/MM/JJ) :