



Formulaire de transfert COOLSI

Voici les informations que l'infirmière COOLSI aura besoin lors de votre appel.

Nom : _____

Prénom : _____

Âge : _____

NAM : _____

Antécédents :

Raison de l'hospitalisation :

Médication en cours :

Niveau de soins : _____

Date Test positif COVID : _____

Derniers signes vitaux avec la température :

Besoin d'oxygène : Oui : _____ Non

Besoin de contention si agitation : Oui Non

Si oui : Chimique physique