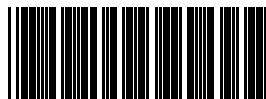


Effacer

Imprimer

Enregistrer



DT9159

# PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER (PTI)

## CONSTATS DE L'ÉVALUATION

Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
--					--			
--					--			
--					--			
--					--			
--					--			
--					--			
--					--			
--					--			
--					--			
--					--			
--					--			

## SUIVI CLINIQUE

Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE		
					Date	Heure	Initiales
--					--		
--					--		
--					--		
--					--		
--					--		
--					--		
--					--		
--					--		
--					--		
--					--		
--					--		
--					--		
--					--		
--					--		
--					--		
--					--		
--					--		
--					--		
--					--		

Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service

### CONSTATS DE L'ÉVALUATION

Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	

### SUIVI CLINIQUE

Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE		
					Date	Heure	Initiales

Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service