

BILAN INFIRMIER SNP

Date d'intervention		Heure appel 15		Heure de début de Prise en Charge IDE	
NOM/PRENOM		Date de naissance		NIR	

ETAT DU PATIENT A LA PRISE EN CHARGE/ BILAN INFIRMIER

Saturation	FR	Glycémie
TA POULS	EVA	T°

Histoire de la maladie	Date/ Heure de survenue

Traitement en cours (prescrit et non prescrit)	

COMPTE RENDU REGULATION MEDICALE/SYNTHESE	OUI/NON	HEURE

SOINS INFIRMIERS PRESCRITS PAR LA REGULATION MEDICALE

ORIENTATION DU PATIENT		
<input type="checkbox"/> Reste au domicile	<input type="checkbox"/> Transport médicalisé	<input type="checkbox"/> Transport non médicalisé
<input type="checkbox"/> Maison médicale de garde	<input type="checkbox"/> Médecin traitant dans les 48h	

Heure de fin d'intervention	
Identité de l'IDEL	