



INSCRIPTION DU COORDONNATEUR (TRICE) LE RÉSEAU DE SOINS AUX PATIENTS TRAITÉS PAR AA-CLOZAPINE

17-AA004_AAC0230F1

LE RÉSEAU DE SOINS AUX PATIENTS TRAITÉS PAR AA-CLOZAPINE

Veillez compléter et télécopier au :

Tél : **1-877-276-2569**

1-866-836-6778

Site Web : www.aaspirer.ca

NIP ASSIGNÉ PAR AA-CLOZAPINE : _____

ENREGISTREMENT DU CENTRE DE TRAITEMENT

Nom du Centre : _____

Adresse : _____

Tél : () _____ Ext : _____ Téléc : () _____ Courriel : _____

Heures d'ouverture : _____

Information en cas d'urgence (après les heures ouvrables)

Personne(s)-ressource(s) : _____

Tél : () _____ Ext : _____ Téléc : () _____ Courriel : _____

ENREGISTREMENT POUR COORDONNATEUR(TRICE) / INFIRMIER(IÈRE) / TRAVAILLEUR(EUSE) SOCIAL(E)

1. Nom : _____ Tél : () _____ Ext : _____

2. Nom : _____ Tél : () _____ Ext : _____

3. Nom : _____ Tél : () _____ Ext : _____

4. Nom : _____ Tél : () _____ Ext : _____

5. Nom : _____ Tél : () _____ Ext : _____

LISTE DE PATIENT(ES) POUR LE COORDONNATEUR(TRICE) / INFIRMIER(IÈRE) / TRAVAILLEUR(EUSE) SOCIAL(E)

1. Initiales : _____ Date de naissance: dd/ mmm/ yyyy Sexe : M F Autres : _____ N° de carte de santé : _____

2. Initiales : _____ Date de naissance: dd/ mmm/ yyyy Sexe : M F Autres : _____ N° de carte de santé : _____

3. Initiales : _____ Date de naissance: dd/ mmm/ yyyy Sexe : M F Autres : _____ N° de carte de santé : _____

4. Initiales : _____ Date de naissance: dd/ mmm/ yyyy Sexe : M F Autres : _____ N° de carte de santé : _____

5. Initiales : _____ Date de naissance: dd/ mmm/ yyyy Sexe : M F Autres : _____ N° de carte de santé : _____

COMMENTAIRES

