

TALON DE TRANSFER

Nom du centre de santé: _____
Nom de la patiente: _____
Adresse de la patiente: _____
Sexe: _____ Age: _____
Date de traitement: _____
Diagnosis: _____
Traitement temporaire: _____
Envoyé à: _____
Pour: _____

Vital Signs

<i>Contact Initial</i>	<i>Avant le Renvoi</i>
Temp:	Temp:
Pression:	Pression:
Pouls:	Pouls:
Resp:	Resp:

Jours: _____ Mois: _____ Année: _____

Signature: _____

Médecine de Clinique: _____

Adapté de l'Association de santé reproductive du Cambodge (RHAC)

TALON DE TRANSFER

Nom du centre de santé: _____
Nom de la patiente: _____
Adresse de la patiente: _____
Sexe: _____ Age: _____
Date de traitement: _____
Diagnosis: _____
Traitement temporaire: _____
Envoyé à: _____
Pour: _____

Vital Signs

<i>Contact Initial</i>	<i>Avant le Renvoi</i>
Temp:	Temp:
Pression:	Pression:
Pouls:	Pouls:
Resp:	Resp:

Jours: _____ Mois: _____ Année: _____

Signature: _____

Médecine de Clinique: _____

Adapté de l'Association de santé reproductive du Cambodge (RHAC)