



Prise en Charge des Cas Admis COVID-19 Dossier infirmier

Service

Nom Prénom Age.....

Admis le...../...../.....

Sorti le/...../.....

Date	Heure	T°	FR	SpO2	FC	TA	Prélèvements		Traitement	
							Oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Date	Heure	T°	FR	Sp02	FC	TA	Prélèvements Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Traitement Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>