

### Identité du patient

Nom :	Age :
Prénom :	Sexe :
NIR :	Téléphone :
Adresse :	
Caisse de rattachement :	
Mutuelle :	
ALD (oui/ non)	C2S (oui/ non)

### Intervention

Date et Heure :	Lieu :
Circonstances :	

TA (brassard) :	Pouls :	FR :
Saturation :	Température :	
<u>ATCD :</u>		
<u>Traitements Actuels :</u>		

### Éléments contextuels :

### Actions réalisées :

### Coordonnées des professionnels de santé du patient

Médecin traitant :
IDEL du patient :
Pharmacie référente :

*Ce document est destiné aux IDEL, il peut permettre un CR écrit au SAMU et/ou une aide pour la téléconsultation.*