

CLINIQUE DE SANTE COMMUNAUTAIRE DE L'EGLISE CHRETIENNE DES CITIE
Forme de Transfert / Référence

Nom: _____ Sexe : M F

Age: _____ Signes Vitaux: BP _____ HR _____ RR _____ T _____ Wt. _____ kg
Vital signs

Type de renvoi: () Très urgent () Urgent () Soins nécessaires de spécialité urgente
Type of request Very urgent Urgent Specialty care urgent

Raisons de Transfert / Référence: *Reason for transfer / reference*

Histoire de la Maladie Actuelle: *History of present illness*

Les Antécédents Médicaux *Medical history*

Médicaments / Traitements administrés:

Drugs / Treatments administered

Temps (<i>time</i>)	Med/Traitement (<i>medicine / treatment</i>)

Résultats des tests de diagnostic /lab: () Aucun () Autre : _____
Results of diagnostic tests / labs None Other

Ce soin n'est pas disponible à la Clinique de Santé de la Mission Communautaire de l' Eglise Chrétienne des Cités. Nous apprécions grandement votre aide dans les soins nécessaires de ce patient. *This treatment is not available at the clinic in Cite Soleil. We greatly appreciate your help in the care of this patient*

Signature: _____ Date: _____