

Identification de la patiente

RAMQ
Prénom
Nom
Date de naissance (AAAA/MM/JJ)
Numéro de la carte d'hôpital

EXAMEN CLINIQUE

Page 1 de 2

Examen	Normal	Anormal (décrire l'anomalie)
Tension artérielle		
IMC		
Thyroïde		
Respiratoire		
Cardiovasculaire		
Abdominal		

Examen	Normal	Anormal (décrire l'anomalie)
Pelvien		
Muqueuse du col/du vagin		
Test Pap (si requis)		
Examen du col de l'utérus		

Date de l'examen : _____

Personne ayant effectué l'examen : _____ N° de permis : _____

Signature : _____

Prière d'envoyer les résultats par télécopieur au 514 843-1496.