



HME  
 MCH
  HGM  
 MGH
  HRV  
 RVH
  HNM  
 MNH
  ITM  
 MCI
  CL  
 LC



**FEUILLE DE ROUTE EN SANTÉ MENTALE**

MENTAL HEALTH FLOW SHEET

Page 1 de/of 2

- PATIENT ADMIS / *INPATIENT*  
 PATIENT EXTERNE / *OUTPATIENT*

Date: A A Y Y / M M / J J								
(Initiales/Initials) :								
Commentaires / Comments:								

Initiales / Initials : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Initiales / Initials : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

<b>Date: AAYY/MM/JD</b>								
<b>(Initiales/Initials) :</b>								
<b>Commentaires / Comments:</b>								

Initiales / Initials : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Initiales / Initials : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_