Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale
Québec

Registre pour le suivi de la mise en seringue

Date (jour-mois-année) : _____

Heures d'arrivée : _____H_____ Heure de sortie: _____H_____

Nom du professionnel qui fait la mise en seringue : _____

Signature du préparateur de seringue :

Nom des injecteurs	Signature	Profession et numéro de table/Ilot