Traçabilité des prises en charges des patient

Trimestre N°… 20…

| **Date** | **Nom et prénom du patient** | **Nom et prénom du professionnel réalisant la prise en charge** | **Orientation médicale demandée ?** | **TROD réalisé ?** | **Marque, N° de lot et date d’expiration du TROD (si réalisé)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Oui  Non | Oui  Non |  |
|  |  |  | Oui  Non | Oui  Non |  |
|  |  |  | Oui  Non | Oui  Non |  |
|  |  |  | Oui  Non | Oui  Non |  |
|  |  |  | Oui  Non | Oui  Non |  |
|  |  |  | Oui  Non | Oui  Non |  |
|  |  |  | Oui  Non | Oui  Non |  |
|  |  |  | Oui  Non | Oui  Non |  |
|  |  |  | Oui  Non | Oui  Non |  |
|  |  |  | Oui  Non | Oui  Non |  |
|  |  |  | Oui  Non | Oui  Non |  |

Informations de traçabilité du document

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de la structure pluriprofessionnelle** |  |
| **Date de rédaction initiale** | 30/08/2021 |
| **Dernière date de révision** | 30/08/2021 |
| **N° de version actuel** | 1 |
| **Nombre de pages** | 2 |
| **Date de validation** | 30/08/2021 |
| **Référence du document** | E. 04 – Traçabilité des prises en charge patient |
| **Rédigé par** | Gaillard Thibault |
| **Accepté par** |  |

# Historique

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N° de version** | **Date de modification** | **Modifications apportée** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |