



HME HGM HRV
 MCH MGH RVH
 HNM ITM HL
 MNH MCI LH



FMU-3338

**Ordonnances
Médicales**

Medical
Orders

ALLERGIES _____

Poids / Weight (kg) _____ **Taille / Height (cm)** _____ **Surface corporelle / BSA (m2)** _____

<i>AAYY/MM/JD HEURE/TIME</i>	<p align="center">ORDONNANCES DU PRESCRIPTEUR/ PRESCRIBER'S ORDERS Le prescripteur doit indiquer son nom en lettres moulées, apposer sa signature et son N° de permis <i>Prescriber must write name in print letters, sign and write license No.</i></p>	<p align="center">Initiales de l'infirmier(ère) Notées Nurse's initials noted</p>