**OBJET**

**INTERVENANTS VISÉS**

**CLIENTÈLES VISÉES**

**CONDITIONS D’APPLICATIONS**

**DIRECTIVES**

**RÉFÉRENCES À DES OUTILS CLINIQUES OU DES DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES**

**Indiquer le titre et, s’il y a lieu, le numéro**

**BIBLIOGRAPHIE**

**MOTS-CLÉS**

**PERSONNES OU INSTANCES CONSULTÉES**

|  |
| --- |
| **RÉDIGÉE OU RÉVISÉE PAR** |
| (inscrire le nom) |  |  |
| (inscrire le titre) |  | *aaaa-mm-jj* |
| (inscrire le nom) |  |  |
| (inscrire le titre) |  | *aaaa-mm-jj* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RECOMMANDÉE PAR** |  | **DATE** |
| Comité des outils cliniques, DSI |  |  |
|  |  | *aaaa-mm-jj* |

|  |
| --- |
| **APPROBATION DE LA VERSION ACTUELLE PAR**  |
| Julie-Alexandra Roberge |  |  |  |  |
| *Directrice adjointe des soins infirmiers**Volet des pratiques professionnelles* |  | *Signature* |  | *aaaa-mm-jj* |

|  |  |
| --- | --- |
| **RÉVISION** | **DATE** |
| Révision mineure par : |  |  |
| Motif : |
| Révision mineure par : |  |  |
| Motif : |