

Visite médicale en date du _____

Date	#Ch. et nom du résident	Nom de l'infirmière	Description du problème SVP inclure la date de début (ex : toux depuis le 20 septembre)	Reporté	Régulé
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>