



## **Déclaration de consultation et d'aiguillage de l'infirmière praticienne**

**Section A** À être rempli par l'infirmière praticienne et remise à l'employeur ou au(x) médecin(s) avec qui une entente a été prise en vue de consulter, d'aiguiller ou de transférer les patients.

\_\_\_\_\_  
Nom de famille Prénom N°. d'immatriculation

\_\_\_\_\_  
Rue ville province code postal

\_\_\_\_\_  
N° de téléphone adresse électronique

\_\_\_\_\_  
Nom de l'employeur et de l'établissement

**Section B** À être rempli par l'employeur ou le médecin. Prière de remplir et d'envoyer directement à l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick.

Je confirme que la personne précitée est à mon emploi et qu'elle a accès à un médecin praticien pour consultation, pour l'aiguillage ou pour le transfert de patients,

ou

Je confirme que la personne précitée a pris une entente avec moi pour consultation ou pour l'aiguillage ou le transfert de patients.

\_\_\_\_\_  
Nom (en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Titre

\_\_\_\_\_  
Établissement

\_\_\_\_\_  
Date

(\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_  
N°. de téléphone