



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 de consultation et d'aiguillage ou de transfert de patients a été prise.

Nom de famille	Prénom	N°. d'immatriculation	
Rue	Ville	Province	Code postal
N° de téléphone		Courriel	
Nom de l'employeur et de l'établissement			

Section B À être rempli par l'employeur ou le médecin, qui doit retourner le formulaire rempli 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 et pour l'aiguillage ou le transfert de patients.

Signature autorisée

JJ/MM/AA

Titre

et/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 du médecin

Signature

Adresse

JJ/MM/AA

N° de téléphone