AIINB

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 | Nº. d'immatriculation

Rue | Ville | Province | Code postal

Nº 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 | Nº de téléphone

165 Regent St., Fredericton, NB Canada E3B 7B4
Tel.: (506) 458-8731 / Fax.: (506) 459-2838
E-mail: nanb@nanb.nb.ca / Web: www.nanb.nb.ca

165, rue Regent, Fredericton (N.-B.) Canada E3B 7B4
Tél.: (506) 458-8731 / Téléc. : (506) 459-2838
Courriel : aiinb@aiinb.nb.ca / Internet : www.aiinb.nb.ca