

**REGISTRE DE PONCTIONS ARTÉRIELLES RADIALES
RÉUSSIES PAR L'INHALOTHÉRAPEUTE**

Ponction # : _____	Date : _____
Nom de l'inhalothérapeute :	
Numéro de permis (OPIQ) :	
Lieu (secteur d'activité, unité de soins, département, etc.) :	
Nom du médecin superviseur :	
Signature du médecin superviseur :	

Ponction # : _____	Date : _____
Nom de l'inhalothérapeute :	
Numéro de permis (OPIQ) :	
Lieu (secteur d'activité, unité de soins, département, etc.) :	
Nom du médecin superviseur :	
Signature du médecin superviseur :	

Ponction # : _____	Date : _____
Nom de l'inhalothérapeute :	
Numéro de permis (OPIQ) :	
Lieu (secteur d'activité, unité de soins, département, etc.) :	
Nom du médecin superviseur :	
Signature du médecin superviseur :	

Ponction # : _____	Date : _____
Nom de l'inhalothérapeute :	
Numéro de permis (OPIQ) :	
Lieu (secteur d'activité, unité de soins, département, etc.) :	
Nom du médecin superviseur :	
Signature du médecin superviseur :	