

DÉNOMINATION DE L'HÔPITAL:

GROUPE HOSPITALIER:

TÉLÉPHONE:

E-MAIL:

FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT DES VICTIMES

(version papier)

DATE:

NUMÉRO D'ORDRE:



Enregistrez pour chaque victime les données ci-dessous. Vous pouvez aussi coller dans la colonne de gauche une vignette reprenant ces données.

1	Nom + prénom: Heure IN: <input type="text"/> u <input type="text"/> N° Mettag: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Code de triage: T1 <input type="text"/> T2 <input type="text"/> T3 <input type="text"/> † <input type="text"/> Sexe: M <input type="text"/> F <input type="text"/> ? <input type="text"/> Date de naissance: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nationalité: B <input type="text"/> Autre: <input type="text"/>	(vignette autocollante/étiquette hôpital)
2	Nom + prénom: Heure IN: <input type="text"/> u <input type="text"/> N° Mettag: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Code de triage: T1 <input type="text"/> T2 <input type="text"/> T3 <input type="text"/> † <input type="text"/> Sexe: M <input type="text"/> F <input type="text"/> ? <input type="text"/> Date de naissance: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nationalité: B <input type="text"/> Autre: <input type="text"/>	(vignette autocollante/étiquette hôpital)
3	Nom + prénom: Heure IN: <input type="text"/> u <input type="text"/> N° Mettag: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Code de triage: T1 <input type="text"/> T2 <input type="text"/> T3 <input type="text"/> † <input type="text"/> Sexe: M <input type="text"/> F <input type="text"/> ? <input type="text"/> Date de naissance: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nationalité: B <input type="text"/> Autre: <input type="text"/>	(vignette autocollante/étiquette hôpital)
4	Nom + prénom: Heure IN: <input type="text"/> u <input type="text"/> N° Mettag: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Code de triage: T1 <input type="text"/> T2 <input type="text"/> T3 <input type="text"/> † <input type="text"/> Sexe: M <input type="text"/> F <input type="text"/> ? <input type="text"/> Date de naissance: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nationalité: B <input type="text"/> Autre: <input type="text"/>	(vignette autocollante/étiquette hôpital)
5	Nom + prénom: Heure IN: <input type="text"/> u <input type="text"/> N° Mettag: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Code de triage: T1 <input type="text"/> T2 <input type="text"/> T3 <input type="text"/> † <input type="text"/> Sexe: M <input type="text"/> F <input type="text"/> ? <input type="text"/> Date de naissance: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nationalité: B <input type="text"/> Autre: <input type="text"/>	(vignette autocollante/étiquette hôpital)

Envoyer les données le plus rapidement possible à cip-ctd@sante.belgique.be dans un formulaire d'enregistrement numérique. Ces données seront traitées en toute confidentialité, dans le cadre des compétences de l'Inspecteur fédéral d'hygiène (IFH).