Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
Québec

☐ HLAS ☐ HSA ☐ CHSLD DBV ☐ CHSLD GD
☐ HGL ☐ IUSMD ☐ CHSLD DOR ☐ CHSLD NP
☐ CHSM ☐ CLSC ☐ CHSLD LAS ☐ CHSLD LACH

Nº dossier / Chart nº	DDN / DOB	Sexe / Sex
Nom / Name	Prénom / First Name	
Nom de la mère / Name of mother		
Adresse / Address		
Tél. / Tel.		
Nº assurance maladie / Medicare Card Nº		Expiration

Allergie(s): _____ Height: _____ Weight: _____

Prescriber's initials	**Enhanced recovery after surgery (ERAS) - Colorectal Exit prescriptions (CLSC)**
_____	Remove staples 7 days after surgery: Date: _____
_____	Remove staples _____ days after surgery: Date: _____

GRM 4200043337

Prescriber: Name (block letters)	Signature	License No	Phone No	Date (YYYY/MM/DD)