

RAPPORT DE GARDE DU ...../...../.....

Secteur :  Nord  Sud

Nom et Prénom du praticien de garde .....

Assisté(e)  oui  non

	Prise en charge de l'urgence (cocher)			
	Heure de l'appel	Motif de l'urgence	Conseils téléphoniques Prescriptions	Consultation et soins (préciser l'heure du RDV)
Patient 1				h
Patient 2				h
Patient 3				h
Patient 4				h
Patient 5				h
Patient 6				h
Patient 7				h
Patient 8				h
Patient 9				h
Patient 10				h
Patient 11				h
Patient 12				h
Patient 13				h
Patient 14				h
Patient 15				h
Patient 16				h
Patient 17				h

**Signature**

**TOTAL**

Rapport de garde à retourner sans délai au Conseil Départemental de l'Ordre  
DE PREFERENCE PAR EMAIL : [dordogne@oncd-24.fr](mailto:dordogne@oncd-24.fr)