

DEPARTMENT OF NATIONAL HEALTH AND WELFARE
CIVIL DEFENCE



FIRST-AID STATION LOG
USE A NEW PAGE FOR EVERY 24 HOUR
PERIOD COMMENCING AT MID-NIGHT

STATION _____ (NAME OR DESIGNATION)
DATE _____ 19____ YEAR
DAY _____ MONTH _____

BOOK NO PAGE
1049-1

E.M. TAG NO.	NAME	IDENTIFICATION (HOME ADDRESS)	DIAGNOSIS (BE BRIEF)	TREATMENT (BE BRIEF)	DISPOSITION TO (PLACE ORGANIZATION OR PERSON)	HOUR A.M. P.M.
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

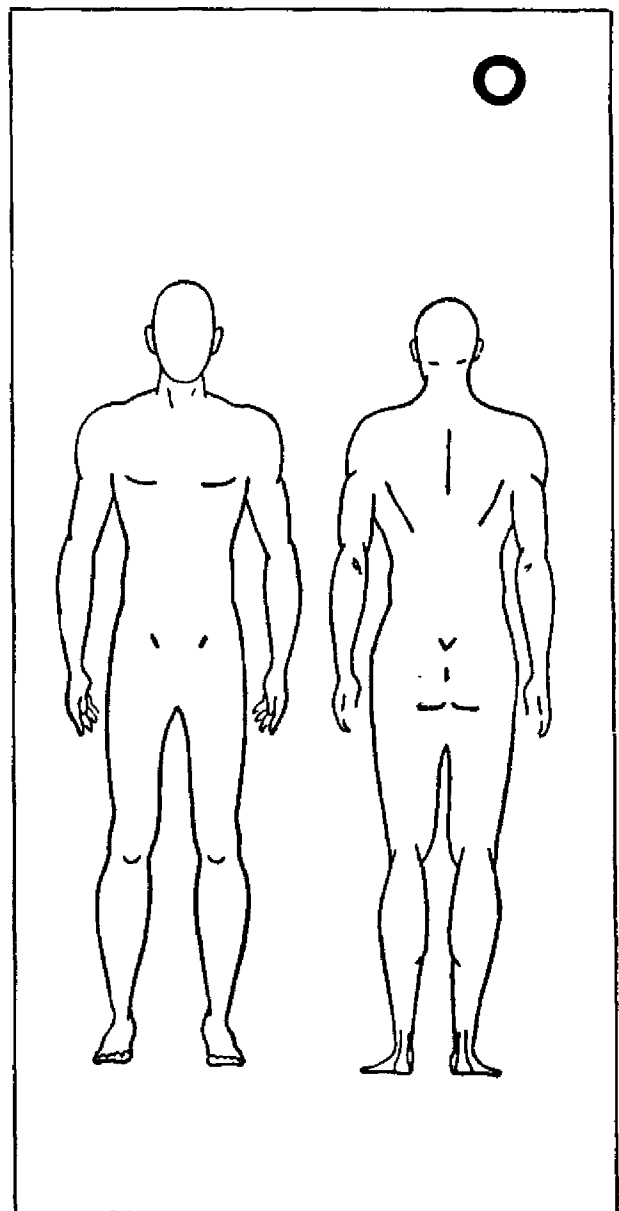
1 BOOK COPY

PATENTED MODER BUSINESS FORMS LTD

9 199101

SURNAME		GIVEN NAME	
HOUSE NUMBER		STREET	
SEX	MALE ☐	FEMALE ☐	AGE
LOCATION WHEN INJURED			
TAGGED DATE		HOUR	
TYPE OF INJURY AND TREATMENT			
FIRST AID OR RESCUE LEADER		(Signature)	
SPACE BELOW IS FOR USE OF FIRST AID STATION			
DIAGNOSIS AND TREATMENT			
SEDATION		DOSE	HOUR
MORPHINE		DOSE	HOUR
DISPOSITION			
DATE		HOUR	
SIGNATURE _____ M.D.			

Fig. 1



Reverse of Fig. 1

DEPARTMENT OF
NATIONAL
DEFENCE



MINISTÈRE
DE LA
DÉFENSE NATIONALE

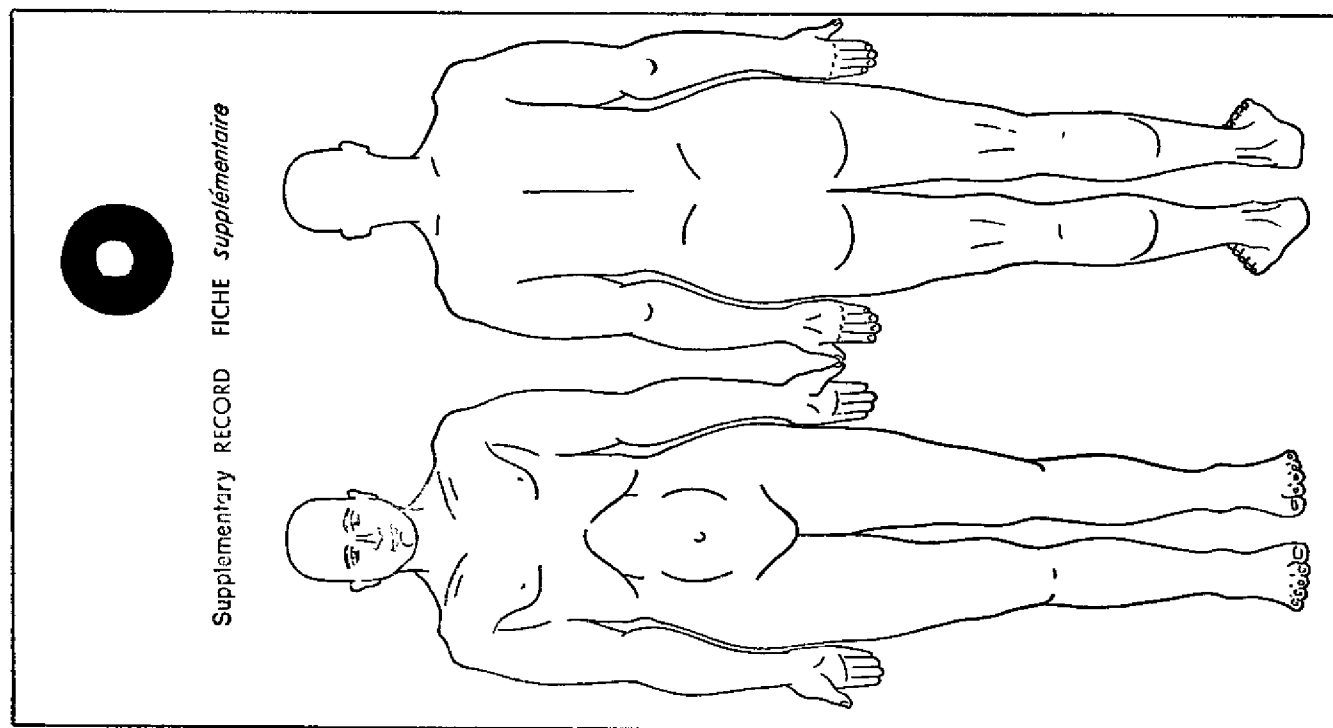
CARB 1876

FIELD MEDICAL CARD / FICHE MÉDICALE DE L'AVANT

STANAG 2039

NAME, SERVICE NUMBER, RANK / NOM, NUMÉRO MATRICULE, GRADE						HOUR / HEURE	
ARM or SERVICE, UNIT / ARME ou SERVICE, UNITÉ							
AGE	SERVICE Years Années	NATIONALITY / NATIONALITÉ	RELIGION			HOUR / HEURE	
LOCATION WHERE TAGGED / LIEU D'INSCRIPTION			DATE		HOUR / HEURE		
DIAGNOSIS (Including cause) / DIAGNOSTIC (Agent causal)						DATE	
						What was he doing when injured Adressé au moment de la blessure	
TREATMENT GIVEN / TRAITEMENT DONNÉ						DISABILITY Injury / Blessure - Sick / Malade ENEMY ACTION - Yes / Oui - No / Non INCAPACITÉ ACTION ENNEMIE	
						TREATMENT / TRAITEMENT	
DISPOSITION / MESURES PRISES						DOSE	
						MORPHINE	
						TETANUS / TÉTANOS	
DATE						OTHER (Specify) / AUTRE (Spécifier)	
HOUR / HEURE						RANK / GRADE	
						MO's SIGNATURE MEDECIN	

Fig. 2



Reverse of Fig. 2

EMERGENCY HOSPITAL

ALPHABETICAL LISTING AND DISTRIBUTION CHART OF SUPPLIES WITHIN.....

1. Top of square indicates case or box number within the area. 2. Bottom of square indicates quantity of the item in the area.

10.

3. "B" Indicates a bulk item.

NOMENCLATURE	Den.	CATALOGUE No.	Pharmacy	Central Supply	Operating Rooms	Pre-Oper.	Recovery Ward	General Wards (8)	X-Ray Room	Service Utilities	Laboratory	Admission & Discharge	TOTAL QUANTITY
BANDAGE, STOCKINETTE, 12 INCH BY 25 YDS:	ea.	3-380		3 1									1
BANDAGE, TRIANGULAR, COMPRESSED:	pkg.	3-415	4 24										24
BAR, WRECKING, 24 INCH:	ea.	13-500	15 1										1
BASIN, DRESSING, KIDNEY-SHAPED, 8 INCH:	ea.	5-41		1 12									
		5-41		6 11									
		5-41		9 3		3 4 4	10 2 16					1 4	60
BASIN, ROUND, 6 INCH BY 2 1/2 INCH:	ea.	5-79	7 4	1 6									
	ea.	5-79		9 3	1 12	3 2	4 1 8						36



ORIGINAL

ORIGINAL

 $\ddot{A}$

FROM: AREA OR WARD

DE: SECTION

ROOM NO.

BUREAU N°

REQUISITION NO.

COMMANDE N°

DATE _____

DATE _____

TIME

HEURE

REQUEST FOR: () Sterile Goods () Ward Equipment () Expendable Supplies () Diet () Others (A separate requisition is required for each class of the above-mentioned supplies.)

OBJET: () articles stérilisés () matériel de salle () fournitures courantes () régimes () autres () faut une commande distincte pour chacune de ces catégories de fournitures.)

[illegible]

ORDERED BY: _____
(Signature of M.D. or Charge Nurse)

ORDERED BY: _____
(Signature of Chief of Charge (RSC))

COMMANDE PAR: _____
(Signature du médecin ou de l'officière en charge)

(1) Prepare in duplicate — **Remplir en double**

(2) Retain duplicate

(3) Forward original for supplies — Envoyer l'original

SEE REVERSE SIDE FOR DISTRIBUTION
VOIR DISTRIBUTION AU VERSO

CAT. NO. 3/810 NÚMERO DE CAT.



EMERGENCY HEALTH SERVICES
CLINICAL LABORATORY
REQUISITION AND REPORT FORM NO. 1

DATE _____ PATIENT'S NUMBER _____
PATIENT'S NAME _____

URINALYSIS

TIME OF COLLECTION _____
TIME OF EXAMINATION _____

REQUEST _____ REPORT _____
Check

VOLUME _____ mil. per _____ hr.

ODOUR: _____
(e. g. normal, putrid, ammoniacal, fruity)

TURBIDITY: _____
(clear, cloudy, opaque)

COLOUR: _____
(e. g. normal, red, smoky, greenish)

SPECIFIC GRAVITY: _____

REACTION: Nitrazine _____, Combistix _____ pH _____
(check test used)

ACETONE BODIES: Ketostix _____
(neg., trace, moderate, large)

BILIRUBIN: Ictotest _____
(negative, positive)

REDUCING SUBSTANCES: Clinitest _____, Combistix _____
(check test used)

Result _____
(record according to directions on reagent bottle)

PROTEIN: Heat and Acetic _____, Combistix _____
(check tests used)

Result _____
(neg., trace, +, ++, +++, +++++)

BLOOD: Hematest _____, Hemastix _____
(check test used)

Result _____
(neg., small, moderate, large)

SIGNATURE CONFIRMING REQUISITION:

date _____ Medical Officer

SIGNATURE CONFIRMING REPORT:

date _____ Laboratory Attendant

INSTRUCTIONS

- (1) Prepare in duplicate.
- (2) Forward both copies to the Laboratory.
- (3) Duplicate Copy (Yellow) is to be returned to the Ward as a report.



SERVICES DE SANTÉ D'URGENCE
LABORATOIRE CLINIQUE
DEMANDE D'ANALYSE ET RAPPORT, FORMULE NO 1

DATE _____ NUMÉRO DU MALADE _____
NOM DU MALADE _____

ANALYSE D'URINE

HEURE DU PRÉLÈVEMENT _____
HEURE DE L'ANALYSE _____

ORDONNANCE _____ RAPPORT _____
(indiquer)

VOLUME _____ ml pour _____ heures

ODEUR _____
(par ex., normale, fétide, ammoniacale, de fruit)

TURBIDITÉ _____
(limpide, trouble, opaque)

COULEUR _____
(par ex., normale, rouge, fuligineuse, verdâtre)

DENSITÉ _____

RÉACTION DE PH: Nitrazine _____, Combistix _____ pH _____
(indiquer méthode utilisée)

CÉTONES: Ketostix _____
(négatif, traces, modérés, abondant)

BILIRUBINE: Ictotest _____
(négatif, positif)

CORPS RÉDUCTEURS: Clinitest _____, Combistix _____
(indiquer la méthode utilisée)

Résultat _____
(d'après le mode d'emploi sur le flacon de réactif)

PROTÉINE: Flamme et acide acétique _____, Combistix _____
(indiquer l'épreuve utilisée)

Résultat _____
(nég., traces, +, ++, +++, +++++)

SANG: Hématest _____, Hémastix _____
(indiquer l'épreuve utilisée)

Résultat _____
(nég., traces, modéré, abondant)

SIGNATURE CONFIRMANT LA DEMANDE D'ANALYSE:

date _____ Médecin

SIGNATURE CONFIRMANT LE RAPPORT:

date _____ Préposé au laboratoire

INSTRUCTIONS

8-820/4

- (1) Préparer en double.
- (2) Envoyer les deux exemplaires au laboratoire.
- (3) Renvoyer le duplicata (jaune) à la salle.



EMERGENCY HEALTH SERVICES
CLINICAL LABORATORY
REQUISITION AND REPORT FORM NO. 2

DATE _____ PATIENT'S NUMBER _____

PATIENT'S NAME _____

BLOOD GROUP AND TYPE

REQUEST (check)	REPORT
_____	BLOOD GROUP (O, A, B, AB)
_____	BLOOD TYPE (Rh) (D neg, D pos)
_____	CROSS MATCH: compatible _____ incompatible _____
_____	Identification of Donor Blood _____

BLOOD ANALYSIS

REQUEST	REPORT
_____	RED BLOOD CELL COUNT _____ cu. mm.
_____	WHITE BLOOD CELL COUNT _____ cu. mm.
_____	DIFFERENTIAL WBC _____
_____	HEMOGLOBIN _____ g./100 ml. (Copper sulfate gravity method)
_____	HEMATOCRIT _____ % (Copper sulfate gravity method)
_____	PLASMA PROTEIN: _____ g./100 ml. (Copper sulfate gravity method)

EXAMINATION OF FECES

REQUEST	REPORT
_____	OCCULT BLOOD (Hematest): negative _____ positive _____ (immediate, 1 min, 2 min)

BACTERIOLOGIC SMEAR

Request: _____
(name material to be examined)

Findings _____

SIGNATURE CONFIRMING REQUISITION.

date _____ Medical Officer

SIGNATURE CONFIRMING REPORT

date _____ Laboratory Attendant

INSTRUCTIONS

- (1) Prepare in duplicate
- (2) Forward both copies to the Laboratory.
- (3) Duplicate Copy (Pink) is to be returned to the Ward as a report.



SERVICES DE SANTÉ D'URGENCE
LABORATOIRE CLINIQUE
DEMANDE D'ANALYSE ET RAPPORT, FORMULE N° 2

DATE _____ NUMÉRO DU MALADE _____

NOM DU MALADE _____

SANG: GROUPE ET TYPE

ORDONNANCE (indiquer)	RAPPORT
_____	GROUPE SANGUIN: (O, A, B, AB)
_____	TYPE SANGUIN (Rh): (D-nég, D-pos)
_____	AGGLUTINATION CROISÉE: compatible _____ incompatible _____
_____	Identité du donneur _____

ANALYSE DU SANG

ORDONNANCE	RAPPORT
_____	NUMÉRATION DES HÉMATIES _____ mm ³
_____	NUMÉRATION DES LEUCOCYTES _____ mm ³
_____	FORMULE LEUCOCYTAIRE _____
_____	HEMOGLOBINE _____ g./100 ml. (méthode gravimétrique, sulfate de cuivre)
_____	HÉMATOCRITE _____ % (méthode gravimétrique, sulfate de cuivre)
_____	PROTÉINES PLASMATIQUES _____ g./100 ml. (méthode gravimétrique, sulfate de cuivre)

EXAMEN DES SELLES

ORDONNANCE	RAPPORT
_____	SANG OCCULTE (Hématest): négative _____ positif _____ (d'emblée, 1 min, 2 min)

FROTTIS BACTÉRIOLOGIQUE

Ordonnance: _____
(préciser la nature de l'échantillon à examiner)

Résultats: _____

SIGNATURE CONFIRMANT LA DEMANDE D'ANALYSE

date _____ Médecin

SIGNATURE CONFIRMANT LE RAPPORT:

date _____ Préposé au laboratoire

INSTRUCTIONS

- (1) Préparer en double.
- (2) Envoyer les deux exemplaires au laboratoire.
- (3) Renvoyer le duplicata (Rose) à la salle

8-820/5

DEPARTMENT OF NATIONAL HEALTH AND WELFARE

EMERGENCY HOSPITAL - HÔPITAL D'URGENCE



CAT.NO.
8-811

NOMINAL ROLL OF PATIENTS - LISTE NOMINATIVE DES MALADES

Ward
Salle

Date
Date

[illegible]



EMERGENCY HOSPITAL - HÔPITAL D'URGENCE

FLUID IN-TAKE AND OUT-PUT
ABSORPTION ET ÉMISSIONS DE LIQUIDE

NAME
NOM.....

TAG NUMBER
MATRICULE.....

DATE
DATE

IN-TAKE ABSORPTION

OUT-PUT
EMISSION

	Oral Buccale	Intravenous Intraveineuse	Wagenstein Wagenstein	Urine Urine
Total For 24 hours Total pour 24 heures				

**EMERGENCY
HEALTH
SERVICES**

DEPARTMENT OF NATIONAL HEALTH AND WELFARE



CAT. NO. 8-813

EMERGENCY HOSPITAL - HÔPITAL D'URGENCE

WARD DIET LIST
RÉGIMES DE LA SALLE

DATE
DATE

WARD
SALLE

		DIET TO BE SERVED RÉGIME À SERVIR					
BED LIT	PATIENT'S NAME NOM DU MALADE	REGULAR RÉGULIER	SOFT DOUX	LIQUID LIQUIDE	INFANT FORMULA FORMULE INFANTILE	SPECIAL SPÉCIAL	EXTRA NOURISHMENTS SUPPLÉMENTS



DATE

DATE

		NUMBER NOMBRE					
WARD SALLE	LOCATION ENDROIT	REGULAR	SOFT	LIQUID	INFANT FORMULA	SPECIAL	EXTRA NOURISHMENTS
		RÉGULIER	DOUX	LIQUIDE	FORMULE INFANTILE	SPÉCIAL	SUPPLÉMENTS

**EMERGENCY
HEALTH
SERVICES**

DEPARTMENT OF NATIONAL HEALTH AND WELFARE



CAT. NO. 8-820/6

EMERGENCY HOSPITAL - HÔPITAL D'URGENCE

**X-RAY REQUISITION AND REPORT
DEMANDE D'EXAMEN AUX RAYONS-X ET RAPPORT**

LAST NAME
NOM

FIRST NAMES
PRÉNOMS

AGE
ÂGE

SEX
SEXE

M

F

☐☐

WARD NO.
SALLE NO.

DATE
DATE

DIAGNOSIS AND CLINICAL SUMMARY
SOMMAIRE DIAGNOSTIQUE ET CLINIQUE

X-RAY INVESTIGATION REQUESTED
EXAMEN AUX RAYONS-X DEMANDÉ

SIGNATURE
SIGNATURE

M.D.
MÉDECIN

FINDINGS
CONSTATATIONS

X-RAY NO.
N° DES RAYONS-X

RADIOLOGIST
RADIOLOGISTE