

Ventilation non-invasive

Début de l'intervention le _____
Fin de l'intervention le _____

Type de ventilation _____

Personne(s) référente(s)

Description de la mise en place

Rituel lors de la mise en place

Matériel nécessaire

Problèmes qui peuvent se présenter, attitude à avoir

Ventilation non-invasive

Date	Observations	Signature