

N° dossier : (si dossier existant)	
N° RAMQ	
Nom	
Prénom	
N° tél. principal	
N° tél. secondaire	



PROGRAMME ACCUEIL CLINIQUE

N° de téléphone :	450 473-6811 poste 44104
No de télécopieur :	450 473-9959

Demande de rendez-vous

Condition clinique subaiguë

Protocole : <u>Méd-int - 1</u>	Thrombophlébite profonde
Critères d'exclusion :	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur non soulagée par les analgésiques • Hémorragie cérébrale < 3 mois • Grossesse • Troubles hépatiques • Troubles hématologiques graves, méléna ou saignement • Signes d'embolie pulmonaire : pouls > 120, SaO₂ < 90 %, douleur thoracique, dyspnée au repos • Usager déjà anticoagulé • Poids > 150 kg • Clearance créatinine < 20 ml/min • Néoplasie active
Renseignements cliniques :	
<u>Score de Wells pour les références pour TPP :</u>	
<u>J'ai pensé de remettre la prescription médicale (si nécessaire) à l'usager</u> <input type="checkbox"/>	
<u>*OC micro-1 : remettre original et copie à l'usager avec documents requis*</u>	

- ✓ Signature du médecin :
- ✓ Numéro de pratique :
- ✓ Date et heure
- ✓ Coordonnées de la clinique du médecin requérant :
- ✓ Numéro de télécopieur de la clinique du médecin requérant :
- ✓ SI L'USAGER PROVIENT DE L'URGENCE ou d'une CLINIQUE SANS RENDEZ-VOUS :
Nom du médecin de famille de l'usager et nom de la clinique :

ÉTAMPE MÉDECIN