

ACCUEIL CLINIQUE
DEMANDE DE RENDEZ-VOUS

SITUATION SUBAIGÛE/diagnostic (cochez la case correspondante)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> OC-091 Lithiase urinaire | <input type="checkbox"/> OC-100 Saignement sans douleur du 1 ^{er} trimestre |
| <input type="checkbox"/> OC-092 Thrombophlébite profonde
<input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIG <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSG
Score de Wells pour références : <input type="checkbox"/> ≤ 1 ou <input type="checkbox"/> ≥ 2 <ul style="list-style-type: none">J'ai remis à l'usager la prescription du médicament prévu à l'algorithme, s'il y a lieu, en prévision de la fin de semaine | <input type="checkbox"/> OC-101 Complication à la suite d'une chirurgie en gynécologie |
| <input type="checkbox"/> OC-094 Convulsions | <input type="checkbox"/> OC-102 Hématurie macroscopique asymptomatique <ul style="list-style-type: none">Analyse et culture d'urine faites |
| <input type="checkbox"/> OC-096 Accident ischémique transitoire (AIT) sans syncope
Score à l'ABCD ² : ① ② ③ ④ ⑤ > ⑤ <ul style="list-style-type: none">J'ai remis à l'usager la prescription du médicament prévu à l'algorithme | <input type="checkbox"/> OC-104 Fibrillation auriculaire asymptomatique <ul style="list-style-type: none">J'ai remis à l'usager la ou les RX prévue(s) à l'algorithmeECG confirmant la F.A. |
| <input type="checkbox"/> OC-097 Cellulite avec échec au traitement aux antibiotiques per os | <input type="checkbox"/> OC-116 Masse ou nodule pulmonaire suspecté <ul style="list-style-type: none">SVP joindre le résultat de la radiographie pulmonaire |
| <input type="checkbox"/> OC-098 Pied diabétique | <input type="checkbox"/> OC-118 Épanchement pleural d'origine indéterminée <ul style="list-style-type: none">Radiologie confirmant l'épanchement |
| <input type="checkbox"/> OC-099 Bartholinite | <input type="checkbox"/> OC-203 Hémoptysie <ul style="list-style-type: none">SVP joindre le résultat de la radiographie pulmonaire |

IDENTIFICATION DU MÉDECIN

Électroniquement

OU

Manuellement

Numéro pratique : _____ Coordonnées de la clinique : _____

Numéro télécopieur : _____

Si l'infirmière a des questions dans les prochaines 24 h (ouvrables), elle pourra s'adresser à Dr : _____ No de tél. : _____

Signature du médecin

Date (JJ/MM/AAAA)

Heure

ZONE RÉSERVÉE POUR ADMINISTRATION

VEUILLEZ TÉLÉCOPIER CE FORMULAIRE AU NUMÉRO SUIVANT : (450) 431-8764

POUR JOINDRE L'ACCUEIL CLINIQUE, COMPOSEZ (450) 432-2777, POSTE 23939