

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



PROGRAMME ACCUEIL CLINIQUE

Demande de rendez-vous

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

Condition clinique subaiguë

Protocole : <u>CH - 1</u>	Colique hépatique récidivante
Critères d'exclusion :	Symptômes infectieux : <ul style="list-style-type: none"> • Diaphorèse intense • Frisson • Anorexie profonde Douleur intense depuis plus de 12 heures et non soulagée par les analgésiques
Renseignements cliniques :	
<i>J'ai pensé de remettre la prescription médicale (si nécessaire) à l'utilisateur</i> <input type="checkbox"/>	

- ✓ 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'utilisateur et nom de la clinique :