

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

Diagnostic : <u>CH - 2</u>	Complication post-opératoire en chirurgie
Critères d'exclusion :	<ul style="list-style-type: none"> • Température buccale > 38.5°C pendant plus de 24 heures • Douleur intense non soulagée par les analgésiques
Renseignements cliniques :	
<i>J'ai pensé de remettre la prescription médicale (si nécessaire) à l'usager</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'usager et nom de la clinique :

