|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  | | --- | --- | | No dossier :  (si dossier existant) | | | No RAMQ |  | | Nom |  | | Prénom |  | | No tél. principal |  | | No tél. secondaire |  | |



PROGRAMME ACCUEIL CLINIQUE

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

Demande de rendez-vous

**Condition clinique subaiguë**

|  |  |
| --- | --- |
| **Protocole : GASTRO - 1** | **Anémie ferriprive asymptomatique**  **Ferritine ≤ 11 VGM ≤ 80 HB ≥ 80** |
| **Critères d’exclusion :** | * HB < 80 ▪ Saignement actif (méléna) * Pouls > 120 ▪Ménorragie présente * Oligurie > 12 heures * Douleur thoracique * Douleur abdominale * T.A. < 90 mmHg |
| **Renseignements cliniques :** | |
|  | |
| ***J’ai pensé de remettre la prescription médicale (si nécessaire) à l’usager*** □  ***J’ai complété le formulaire AH-702*** □ | |

* Signature du médecin : ....................................................................................

|  |
| --- |
| ÉTAMPE 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* : .......................................

Sept. 2020