|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |

|  |
| --- |
| 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