

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>GASTRO - 1</u>	Anémie ferriprive asymptomatique Ferritine ≤ 11 VGM ≤ 80 HB ≥ 80
Critères d'exclusion :	<ul style="list-style-type: none"> • HB < 80 • Pouls > 120 • Oligurie > 12 heures • Douleur thoracique • Douleur abdominale • T.A. < 90 mmHg <ul style="list-style-type: none"> ▪ Saignement actif (méléna) ▪ Ménorragie présente
Renseignements cliniques :	
<p><i>J'ai pensé de remettre la prescription médicale (si nécessaire) à l'usager</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>J'ai complété le formulaire AH-702</i> <input type="checkbox"/></p>	

- ✓ 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 :

ÉTAMPE MÉDECIN

- ✓ 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 :

Sept. 2020