

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>MICRO - 1</u>	Cellulite nécessitant un antibiotique intraveineux
Critères d'exclusion :	<ul style="list-style-type: none"> • L'usager de moins de 18 ans • Si diagnostic non établi avec certitude • Si usager toxique : T° > 38,5° C et T.A < 90 et pouls > 120 • Usager utilisateur de drogue ou ROH • 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 :

ÉTAMPE MÉDECIN