

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

<b>Protocole : <u>URO - 3</u></b>	<b>Lithiase urinaire</b>
<b>Critères d'exclusion :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rein unique</li> <li>• État infectieux</li> <li>• Femme enceinte</li> <li>• Douleur intense non soulagée par les analgésiques</li> </ul>
<b>Renseignements cliniques :</b>	
<p align="center"><i><b>J'ai pensé de remettre la prescription médicale (si nécessaire) à l'utilisateur</b></i> <input type="checkbox"/></p> <p>(S'assurer que l'utilisateur a une prescription de Flomax et d'analgésiques pour une période de deux semaines).</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 : .....

✓ 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 : .....*

ÉTAMPE MÉDECIN