



**GUICHET GMF - INVESTIGATION RAPIDE
CONDITION SUBAIGUË HORS PROTOCOLE**

À L'ATTENTION DU MÉDECIN RÉFÉRENT

- J'ai vérifié qu'il n'existe pas déjà un protocole ACCUEIL CLINIQUE pour la condition de mon patient.
- J'ai complété les requêtes de laboratoires et d'imagerie médicale.
- Je m'engage à être, personnellement ou mon répondant, joignable pendant la durée de l'épisode de soins en utilisant cette ordonnance.

INFORMATION CLINIQUE

Date: _____ Heure: _____

Échelle de priorité clinique : A : < 24 h B : 24 à 48 h C : 48 à 72 h

<input type="checkbox"/> Abcès/cellulite sphère ORL	A	<input type="checkbox"/> Fracture vertébrale aigue documentée	B
<input type="checkbox"/> Adénite suppurée	B	<input type="checkbox"/> Grossesse ectopique (bHCG quantitatif requis)	A
<input type="checkbox"/> Appendicite, suspicion	A	<input type="checkbox"/> Lithiase urinaire	B
<input type="checkbox"/> Céphalée de novo	B	<input type="checkbox"/> Mastite	B
<input type="checkbox"/> Condition pelvienne aigue (KO, ménorragie sévère, complication post-opératoire ou post-procédurale, PID, etc.)	A	<input type="checkbox"/> Mastoïdite	B
<input type="checkbox"/> Condition scrotale aigue (orchi-épididymite, cellulite)	A	<input type="checkbox"/> Température d'origine indéterminée, adulte (> 5 jrs et bilan négatif) : scan TAP	C
<input type="checkbox"/> Diverticulite	B	<input type="checkbox"/> TPP hors protocole accueil clinique	B
<input type="checkbox"/> Embolie pulmonaire (Wells < 4), suspicion	B	<input type="checkbox"/> Trauma crânien. R/O saignement	A

Information(s) complémentaire(s), spécifiez :

CONDUITE À TENIR AU BESOIN

Aviser le médecin référent ou son répondant si :

PLANIFICATION DE LA RELANCE EN GMF (SECTION OBLIGATOIRE)

- Le patient sera revu à la clinique le _____ (date) à _____ (heure).
- M'aviser lorsque les résultats de laboratoires et d'imagerie médicale sont accessibles et je planifierai la relance au besoin.
- **Téléphone MD référent:** (_____) _____ **OU Téléphone MD répondant:** (_____) _____
- **Téléphone secrétariat de la clinique:** (_____) _____ Autre : _____

Nom de l'intervenant	Signature	Licence	aaaa/mm/jj
----------------------	-----------	---------	------------

LE MÉDECIN REQUÉRANT EST RESPONSABLE DE L'ANALYSE DES RÉSULTATS AINSI QUE DE LA PRISE EN CHARGE APRÈS LES EXAMENS.

IMAGERIE MÉDICALE

- Prévoir le protocole d'hydratation au besoin ;
- Prévoir le protocole de préparation en cas d'allergie à l'iode au besoin.

EXAMENS EXCLUS DU GUICHET GMF

- ECG et graphie simple car disponibles en sans rendez-vous, remettre requête au patient ;
- Échographie cardiaque ;
- IRM ;
- Demande de prise de sang uniquement, donnez un rendez-vous au patient au centre de prélèvement.

IL EST OBLIGATOIRE DE REMPLIR LA SECTION ALLERGIE SUR LES REQUÊTES D'EXAMEN, EN TOUT TEMPS.

DOCUMENT DE TRAVAIL