Centre de santé et de services sociaux des Sommets

D T 4 2 3

No Dossier : _____

Nom : _____

RAMQ : _____

ACCUEIL CLINIQUE

DEMANDE D'ADMISSIBILITÉ

Nom du médecin requérant : _____ **Date et heure :** _____
(en lettres moulées)

SITUATION SUBAIGÜE : ☐ **24-72 heures** ☐ **3 à 10 jours**

Diagnostic :	**Nº de l'ordonnance collective :**

Renseignements cliniques :

Signes vitaux	T.A. :	F.C. :	F.R. :	Tº :	SaO_2 :

Score ABCD² (si diagnostic d'ITC, ordonnance collective N-3) : _____/9

Coordonnées de la clinique :

N°DU TÉLÉCOPIEUR À L'ACCUEIL CLINIQUE : (819) 324-4092

Signature du médecin : _____

Numéro de pratique : _____