

PRIORISATION EN PÉRIODE DE DÉLESTAGE D'ACTIVITÉS ANNULATION ET OCTROI DES RENDEZ-VOUS PRÉLÈVEMENTS EN CLSC

Nom et prénom de l'utilisateur : _____

RAMQ ou numéro dossier : _____

Numéro de téléphone : _____

Adresse électronique : _____

CLSC : _____

☐ VS ☐ JR ☐ Suroît ☐ HSL

Date de l'appel : _____

aaaa/mm/jj

CRITÈRES À CONSIDÉRER	COMMENTAIRES	
Date du prochain rendez-vous avec le médecin	Date : aaaa/mm/jj	
Le(s) prélèvement(s) demandé(s) est/sont pour quelle(s) raison(s)?		
Est-ce que la ou les raison(s) évoquée(s) est/sont présente(s) parmi la liste ci-contre ? ☐ Oui ☐ Non Si OUI : → Cochez la raison → Le rendez-vous est considéré Urgent ou Semi-urgent → Maintien ou octroi du rendez-vous	☐ Ajustement de Coumadin (Warfarine), car résultat INR instable ☐ Contrôle de Coumadin (Warfarine), date demandée du prochain contrôle : _____ ☐ Dosage de créatinine (pré-scan) ☐ Suivi en oncologie, date du prochain suivi : _____ ☐ Contrôle de glycémie (hyperglycémie provoquée) ou Dépistage de la trisomie chez la femme enceinte → Nombre de semaine de gestation : _____ semaines → Date approximative du prélèvement : _____ ☐ Contrôle dosage de médicament (ex. : fer, clozaril, épival, lithium, synthroid, etc.) Nom du médicament : _____	
Rendez-vous URGENT ou SEMI-URGENT	☐ Oui ☐ Non	Date et heure du rendez-vous aux prélèvements : _____ aaaa/mm/jj hh:mm
Raison(s) non-urgente(s) : (ex. : bilans annuels, demandes en latence depuis plusieurs mois, etc.)	☐ Oui ☐ Non	
Usager avisé de reprendre un rendez-vous d'ici _____ jours ou _____ semaine(s) par ☐ Clic-Santé	☐ Oui ☐ Non	
Avis de l'infirmière requis :	☐ Oui ☐ Non	
Décision de l'infirmière :		

Signature de l'employé(e) qui collecte l'information : _____ Date : _____

aaaa/mm/jj

Signature de l'infirmière (si requis) : _____ Date : _____

aaaa/mm/jj