



MOCLI60125

Installation : _____

ACCUEIL CLINIQUE – DEMANDE DE CONSULTATION ET D'INVESTIGATION

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

Situation(s) subaiguë(s)	
Accueil clinique de l'Hôpital du SUROÏT	Accueil clinique de l'Hôpital ANNA-LABERGE
☐ Fibrillation ou flutter auriculaire peu symptomatique	<i>Pour les autres situations cliniques, veuillez utiliser l'ordonnance médicale associée.</i>
☐ Accident ischémique transitoire sans syncope survenu il y a 48 heures ou plus	
☐ Hématurie microscopique ou macroscopique	
☐ Diverticulite suspectée	
☐ Thrombophlébite suspectée ☐ L'infirmière de l'accueil clinique a été avisée du score de Wells (téléavertisseur) ☐ Remplir l'ordonnance d'anticoagulothérapie	
☐ Hyperthyroïdie de novo peu symptomatique	
☐ Douleur rétrosternale typique et atypique	
☐ Rectorragie significative	
☐ Saignement du 1 ^{er} trimestre de grossesse (14 ans et +)	
☐ Colique hépatique suspectée	
SUROÏT, Télécopieur : 450-371-2119	ANNA-LABERGE, Télécopieur : 450-699-2637

Médication
☐ La médication prévue à l'algorithme a été initiée ou l'ordonnance individuelle préétablie complétée. Indiquer, dans la section « Renseignements cliniques », la médication initiée ou les contre-indications.
Renseignements cliniques
_____ _____ _____
Identification du médecin
Nom du médecin : _____ No de permis : _____
Nom de la clinique : _____ Télécopieur : _____
☐ Si des informations supplémentaires sont nécessaires, il est possible de me rejoindre dans les prochaines 24 heures; sinon le médecin suivant est désigné : _____ Tél. : _____

L'infirmière de l'accueil clinique coordonne la réalisation des investigations et les consultations prévues à l'algorithme. En tout temps, vous demeurez responsable du suivi de ceux-ci auprès de l'utilisateur.

Ce formulaire doit être envoyé par télécopieur à l'accueil clinique

Signature du médecin : _____

Date : _____ aaaa/mm/jj