



MOCLI60438

Installation : _____

CONSIGNES POST VISITE À L'URGENCE - RELANCE HÔPITAL ANNA-LABERGE

* Le numéro de téléphone de l'utilisateur a été validé

☐ Vous devez prévoir un **RAYON X** dans environ : _____

Vous devez : ☐ Vous présenter en radiologie au moment déterminé par le médecin (*sans rendez-vous*)

- Possibilité de prendre rendez-vous dans une clinique de radiologie de votre choix

IMPORTANT : Apporter la requête de radiologie (*feuille rose*) qui vous a été remise

☐ Vous recevrez un **appel** pour un **EXAMEN D'IMAGERIE** prévu dans environ : _____

☐ Échographie : _____

☐ CT scan : _____

☐ IRM : _____

☐ Vous devez effectuer un **EXAMEN DE LABORATOIRE** dans environ : _____

☐ Prise de sang ☐ Échantillon de : _____

☐ Autre : _____

Vous devez : ☐ Prendre rendez-vous au CLSC, au PSL ou autre lieu offrant le service dans votre quartier (*par téléphone ou www.clicsante.ca*)

☐ Prendre rendez-vous au Centre de prélèvement de l'Hôpital Anna-Laberge (450-699-2464)

☐ Déposer votre échantillon au laboratoire de l'Hôpital Anna-Laberge ou au CLSC de votre quartier (*selon les heures d'ouverture du CLSC*)

☐ Appeler à la clinique : _____

IMPORTANT : Apporter la requête (*laboratoire ou ordonnance médicale*) qui vous a été remise

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

☐ Vous devez prévoir un **SUIVI AVEC UN MÉDECIN** dans environ : _____

☐ **APRÈS VOTRE EXAMEN**

Vous devez :

- ☐ Prendre un rendez-vous avec votre médecin de famille
- ☐ Clientèle orpheline seulement : Prendre rendez-vous à la clinique de relance de l'urgence (450-699-2464)

☐ **RENDEZ-VOUS MÉDICAL DE SUIVI EN RELANCE** dans environ : _____

Vous devez :

- ☐ Appeler à la centrale de rendez-vous (450-699-2464)

☐ **RENDEZ-VOUS MÉDICAL DE SUIVI AVEC SPÉCIALISTE**

Vous recevrez un appel pour vous donner la date et l'heure de votre rendez-vous à la clinique de : _____

☐ Vous avez un rendez-vous en clinique de _____

le _____ aaaa/mm/jj à _____ hh:mm

Endroit : ☐ Cliniques externes Hôpital Anna-Laberge

☐ Clinique : _____

☐ Demande de consultation externe remise à l'utilisateur

☐ Demande de consultation télécopiée au guichet unique ambulatoire

☐ Prévoir un **SUIVI AVEC VOTRE MÉDECIN DE FAMILLE**

Un examen nécessite possiblement un suivi avec votre médecin de famille. Nous vous remettons un document résumé afin que votre médecin puisse prescrire, au besoin, les examens requis et prévoir le suivi nécessaire.

☐ Copie du document remis à l'utilisateur

- Votre médecin peut consulter vos résultats d'examen via le DSQ.

Signature et titre : _____

Date : _____ aaaa/mm/jj