

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

ACCUEIL CLINIQUE PRISE EN CHARGE DE LA DEMANDE

Demande reçue : _____ aaaa/mm/jj _____ hh:mm

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom, prénom de l'utilisateur : _____

Téléphone : _____ Autre téléphone (préciser) : _____

Situation clinique à investiguer : _____

Suivi assuré par le médecin référent jusqu'à la fin de l'épisode de soins : ☐ Oui ☐ Non

Nom du médecin référent : _____ Clinique : _____

Si non, nom du médecin qui assurera le suivi à l'accueil clinique : _____

Coordonnées du médecin : Téléphone : _____ Fax : _____

Rendez-vous

Usager avisé de son rendez-vous par : ☐ Médecin référent ☐ Infirmière ☐ Agente administrative

☐ Accueil clinique : _____ aaaa/mm/jj _____ hh:mm

☐ Médecin spécialiste : _____ aaaa/mm/jj _____ hh:mm

☐ Radiologie : _____ aaaa/mm/jj _____ hh:mm

Tentatives pour rejoindre l'utilisateur : 1^{ère} tentative : _____ aaaa/mm/jj _____ hh:mm ☐ Message laissé _____ Initiales

2^e tentative : _____ aaaa/mm/jj _____ hh:mm ☐ Message laissé _____ Initiales

3^e tentative : _____ aaaa/mm/jj _____ hh:mm ☐ Message laissé _____ Initiales

Commentaires : _____

Signature et titre : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj

ORIENTATION FINALE

☐ Demande acceptée Date et heure de la prise en charge : _____ aaaa/mm/jj _____ hh:mm

☐ Demande refusée Motif du refus : _____

Médecin référent avisé le : _____ aaaa/mm/jj Nom du médecin référent : _____

Notes de l'infirmière : _____

Signature de l'infirmière : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj