



MOCLI60633

Installation : \_\_\_\_\_

Dossier : \_\_\_\_\_  
Nom, Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ ☐ F ☐ M  
aaaa-mm-jj  
NAM : \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_  
aaaa-mm  
Nom, Prénom de la mère : \_\_\_\_\_

## GUICHET RAPIDE D'INVESTIGATION 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 au guichet rapide d'investigation : \_\_\_\_\_  
Coordonnées du médecin : Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

### Rendez-vous

Usager avisé de son rendez-vous par : ☐ Infirmière ☐ Agente administrative ☐ Autre \_\_\_\_\_  
☐ Infirmière du guichet : \_\_\_\_\_ aaaa/mm/jj \_\_\_\_\_ hh:mm  
☐ Médecin spécialiste : \_\_\_\_\_ aaaa/mm/jj \_\_\_\_\_ hh:mm  
☐ Radiologie : \_\_\_\_\_ aaaa/mm/jj \_\_\_\_\_ hh:mm  
Tentatives pour rejoindre l'utilisateur : 1<sup>re</sup> tentative : \_\_\_\_\_ aaaa/mm/jj \_\_\_\_\_ hh:mm ☐ Message laissé \_\_\_\_\_ initiales  
2<sup>e</sup> tentative : \_\_\_\_\_ aaaa/mm/jj \_\_\_\_\_ hh:mm ☐ Message laissé \_\_\_\_\_ initiales  
3<sup>e</sup> 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