



Installation : _____

**INVESTIGATION RAPIDE POUR LA 2^e LIGNE
ET MÉDECINE DE JOUR - HÔPITAL ANNA-LABERGE**

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

☐ Investigation rapide moins de 48 h

☐ Médecine de jour (MDJ)

Diagnostics : _____

Renseignements cliniques : _____

PRIORISATION

En médecine de jour le jour même (Communiquer avec l'infirmière de la MDJ au poste 4155 avant d'acheminer votre demande)

☐ moins de 48 h ☐ 48 h et plus MDJ ☐ Autre délai : _____

PROVENANCE

☐ Urgence ☐ Unité de soins ou UHB ☐ Cliniques spécialisées ☐ Autre : _____

SOINS ET SERVICES REQUIS

☐ Consultation et/ou suivi de plaies ou de stomies ☐ Prélèvements et/ou examen en imagerie médicale
☐ Administration de médicament(s) ☐ Consultation et/ou suivi en médecine spécialisée
☐ Administration de produits sanguins et dérivés* ☐ Intervention médicale spécifique : _____
☐ Autre(s) : _____

Documents à joindre :

Ordonnance(s) médicale(s) et/ou OIPI ☐ Requête(s) prélèvements/imagerie médicale ☐ Demande(s) de consultation(s)

*Joindre AH pour transfusion de produits sanguins labiles (usagers de plus de 35 kg) et/ou immunoglobulines

IDENTIFICATION DU MÉDECIN/IPS DEMANDEUR

Téléphone n°1 : _____ Téléphone n°2 : _____ ☐ Aviser des résultats

Nom du professionnel et titre en lettres moulées : _____

Signature et titre : _____ # de permis : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj

ACHEMINER LE FORMULAIRE AINSI QUE LES DOCUMENTS REQUIS PAR TÉLÉCOPIEUR SELON LA PRIORISATION

Télécopieur : 450-699-2563

Téléphone : 450-699-2425 (Accueil poste 4270 ou Infirmière poste 4155)

Heures d'ouverture : Lundi au vendredi de 8 h à 20 h / Fin de semaine et jours fériés de 8 h à 16 h

SECTION RÉSERVÉE À LA MÉDECINE DE JOUR

Réception de la demande : _____ aaaa/mm/jj _____ hh:mm

Demande dirigée vers :

☐ Investigation rapide ☐ Médecine de jour

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