



## RÉFÉRENCE À L'ACCUEIL CLINIQUE

NUMÉROS DE TÉLÉPHONE DU CLIENT :

Domicile : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_ cell : \_\_\_\_\_

### À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN RÉFÉRENT

(Voir instructions au verso)

#### Identification de la condition subaiguë

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ANGINE/DRS ATYPIQUE AVEC FACTEURS DE RISQUE  | <input type="checkbox"/> LITHIASE URINAIRE   |
| <input type="checkbox"/> ARTÉRITE TEMPORALE                           | <input type="checkbox"/> PLAIE SURINFECTÉE AVEC ÉCHEC AU TRAITEMENT INITIAL                |
| <input type="checkbox"/> CELLULITE AVEC ÉCHEC AUX ANTIBIOTIQUES ORAUX | <input type="checkbox"/> SAIGNEMENT SANS DOULEUR DU 1 <sup>ER</sup> TRIMESTRE DE GROSSESSE |
| <input type="checkbox"/> FA DE NOVO                                   | <input type="checkbox"/> SYMPTÔMES D'UN AIT (ICT)  |
| <input type="checkbox"/> HÉMATURIE MACROSCOPIQUE ASYMPTOMATIQUE       | <input type="checkbox"/> THROMBOPHLÉBITE PROFONDE (TPP)                                    |

Justifications cliniques :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Score de Wells requis pour TPP : \_\_\_\_\_

- Copie de la note au dossier suite à la consultation  
 Copie des rapports d'examens diagnostiques, labo ou autres  
 Examens faits à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé (CSL)

MÉDECIN TRAITANT :  Moi-même  Dr \_\_\_\_\_  
 Sans médecin de famille

#### Identification COMPLÈTE de la provenance

Estampe ou lettres moulées

Nom & prénom du médecin : \_\_\_\_\_

No du permis : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

IDENTIFICATION

**ACHEMINER VOTRE REQUÊTE PAR TÉLÉCOPIEUR : 450-975-5582**

(Téléphone : 450-668-1010, poste 24682)

# INSTRUCTIONS POUR COMPLÉTER LE FORMULAIRE RÉFÉRENCE À L'ACCUEIL CLINIQUE

---

**IDENTIFICATION DU CLIENT** en lettres carrées ou adressographe (coin supérieur droit).

- Inscrire nom, prénom.
- Inscrire date de naissance.

**NUMÉRO TÉLÉPHONE DU CLIENT**

- Inscrire deux (2) numéros de téléphone et un troisième numéro, si possible.

**CONDITION SUBAIGUË**

- Indiquez la condition subaiguë en cochant la case correspondante.

**JUSTIFICATIONS CLINIQUES**

- Inscrire les renseignements cliniques; le portrait de la situation clinique du patient qui permet de croire à la présence d'une condition subaiguë et copie de la note au dossier suite à la consultation.

**EXAMENS DIAGNOSTIQUES FAITS POUR DOCUMENTER LA RÉFÉRENCE**

- Joindre les rapports d'examens diagnostiques, labo ou autres, s'ils n'ont pas été faits à CSL.
- Si les examens ont été faits à CSL, nous l'indiquer. Les rapports ne sont alors pas requis.

**IDENTIFICATION COMPLÈTE DE LA PROVENANCE**

- Identification de la clinique ou bureau du médecin avec estampe ou inscrite en lettres carrées, adresse et numéro de téléphone.
- Nom et prénom du médecin en lettres carrées.
- Numéro de permis.