

**FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE À LA
CLINIQUE DÉSIGNÉE D'ÉVALUATION (CDE) DE ST-
JÉRÔME OU DE BOISBRIAND**

INFORMATION PATIENT

Nom, prénom :

Date de naissance :

Adresse complète:

Adresse courriel:

No. cellulaire:

No. maison:

Nom, prénom du père :

Nom, prénom de la mère :

Numéro d'assurance-maladie / date exp :

PHARMACIE: Nom:

No. FAX:

INFORMATION DU PROFESSIONNEL SOIGNANT

Nom et numéro de pratique du professionnel référent :

No de télécopieur :

Téléphone ligne directe :

CRITÈRES DE RÉFÉRENCE EN CDE (Obligatoire)

Au moins 1 des critères suivants (cocher toutes les cases répondants aux critères):

- Symptômes infectieux des sphères ORL, respiratoire ou d'allure grippale (incluant anosmie et agueusie)
- Tout symptôme GI (vomissements, diarrhées, inappétence, nausées)
- Test COVID + confirmé (actif) ET autre problème de santé nécessitant évaluation médicale en personne par un médecin
- Patient à qui on a demandé d'être en quarantaine, contact étroit avec un cas confirmé ou suspecté de COVID en attente de résultat

ET les 2 critères suivants (cocher toutes les cases correspondant aux critères):

- J'ai évalué le patient par une TÉLÉ-CONSULTATION COMPLÈTE et je juge qu'il est tout de même nécessaire qu'il soit examiné en personne par un médecin;
- Le patient semble suffisamment stable pour ne pas être référé à l'urgence:
Absence présumée de critères de sévérité (détresse respiratoire, cyanose, détérioration marquée de l'état général, ...)

Envoyer le FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE ET une COPIE DE LA NOTE DE TÉLÉ-CONSULTATION par FAX selon votre territoire:

- CDÉ Boisbriand (Lac-des-Deux-Montagnes, Thérèse-de-Blainville): 450-420-8492

- CDÉ St-Jérôme (Rivière-du-Nord): 450-432-8706

Rendez-vous RVSQ déjà donné le _____ à _____