

**FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE – CLINIQUE CHAUDE**  
**REFERENCE FORM – HOT CLINIC**

Envoyer ce formulaire avec une copie de la  
note de téléconsultation au # de fax suivant :

Send this form with a copy of the  
teleconsultation note to the following fax #:

**(514) 750-5717**

Nom/Surname: \_\_\_\_\_

Prénom/First Name: \_\_\_\_\_

Date de naissance/Date of birth: \_\_\_\_\_

RAMQ: \_\_\_\_\_

Adresse/Address: \_\_\_\_\_

Tél./Tel: \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Codes postaux desservis/Postal codes served : H2V-H3A-H3G-H3H-H3N-H3R-H3S-H3T-H3V-H3W-H3X-H3Z-  
H4A-H4B-H4P-H4V-H4W-H4X

**INFORMATIONS**

Nom de la pharmacie/Name of pharmacy : \_\_\_\_\_

Fax de la pharmacie/Pharmacy's fax: \_\_\_\_\_

Allergies : \_\_\_\_\_

Antécédents pertinents/Important PMH : \_\_\_\_\_

Fumeur/Smoker:  Oui  Non

Note de consultation/Consultation note

**CRITÈRES DE RÉFÉRENCE CLINIQUE DÉDIÉES D'ÉVALUATION (OBLIGATOIRE)**

**CRITERIA TO REFER TO A DEDICATED EVALUATION CLINIC (COMPULSORY)**

**Présente au moins un des critères 1 à 4 (cocher toutes les cases répondants aux critères) :**

**Must have at least one of the following criteria (choose all applicable boxes):**

- Tout symptôme des sphères ORL, respiratoire ou d'allure grippale (incluant anosmie et/ou agueusie)/Any ENT, respiratory or flu-like symptoms (including anosmia and/or ageusia)
- Tout symptôme GI (incluant vomissements, diarrhées, inappétence, nausées)/Any GI symptoms (including vomiting, diarrhea, loss of appetite, nausea)
- Test COVID19 positif confirmé/Confirmed positive for COVID19
- Patient à qui on a demandé d'être en quarantaine, contact étroit avec un cas confirmé ou suspecté de COVID19 en attente de résultat/Patient who was asked to quarantine, who has had close contact with a confirmed case or a suspected case waiting for results

**ET/AND**

**Les deux critères suivants/The following two criteria :**

- Téléconsultation avec le clinicien référent qui indique le besoin pour une consultation en personne/Teleconsultation with referring physician indicating need for in-person evaluation
- Absence de critère(s) de référence à l'urgence/No criteria requiring ER referral

**INFORMATION MÉDECIN RÉFÉRENT/REFERRING PHYSICIAN INFORMATION**

Nom/Name : \_\_\_\_\_ Signature (si/if possible) : \_\_\_\_\_

License : \_\_\_\_\_ Tél./Tel : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_