Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière
Québec

Référence CDE Lanaudière

L N 2 2 1 4

À PRIORISER - URGENT ☐

Nom complet :
DDN : Âge : Sexe :
NAM : exp. NAM : # hôpital:
Adresse :

Numéro tél. cellulaire (à valider) :
Autre no. téléphone :
Si numéro différent, l'inscrire ici: _____
En cas d'urgence, contacter : _____
Téléphone du contact :

Référence à :
- ☐ CDE - CLSC Joliette - Faxer au: 450-755-4347
- ☐ CDE - Terrebonne - Faxer au: 450-470-4152
- ☐ CDE - CLSC-GMF St-Donat - Faxer au: 819-424-4682
- ☐ Référé par l'urgence P4-P5
- ☐ Référé par 1-877-644-4545 ou 811
- ☐ Référé par centrale de RDV du CISSS

Date de référence : _____ **Date de RDV CDE:** _____

Référé par :

Veuillez inscrire le nom et les coordonnées complètes de VOTRE clinique / GMF :

Nom :
Adresse :
Téléphone : **Télécopieur :**
Médecin référent : Médecin de famille :

Section secrétariat

Le patient provient de :
- ☐ Domicile
- ☐ Résidence / RI

Voyage récent (3 sem et moins) : ☐ Non ☐ Oui
Contact étroit avec :
- Cas confirmé ou probable : ☐ Non ☐ Oui
- Voyageur malade : ☐ Non ☐ Oui
- Milieu de travail / Autre : _____

Nom de la pharmacie : _____
Numéro de fax de la pharmacie : _____

Triage

Évaluation initiale

*** Veuillez faxer votre note clinique d'évaluation téléphonique et sommaire du patient si disponible.*

Antécédents : _____
Allergies : _____
Médicaments : _____
Niveau de soins, si connu : _____

OU voir sommaire faxé : ☐

HMA

Histoire de la maladie actuelle :

Fièvre/frissons :	☐ Non	☐ Oui	Mal de gorge :	☐ Non	☐ Oui
Toux :	☐ Non	☐ Oui	Myalgies :	☐ Non	☐ Oui
Fatigue extrême :	☐ Non	☐ Oui	Expectos :	☐ Non	☐ Oui
Perte du goût/odorat :	☐ Non	☐ Oui	Céphalée :	☐ Non	☐ Oui
Dyspnée :	☐ Non	☐ Oui	Sx gastro-intestinaux :	☐ Non	☐ Oui

Raison de la référence : _____

Signes vitaux pris par le patient à domicile, via téléphone (si applicable) :

TA : _____/_____, FC : _____, T : _____, RR : _____, Sat % :_____, Autre : _____

Suite du formulaire en page 2 (Section à remplir par la clinique CDE seulement)

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Lanaudière
Québec

Référence CDE Lanaudière

L N 2 2 1 4

Nom complet :
DDN : Âge : Sexe :
NAM : exp. NAM : # hôpital:

Adresse :

Numéro tél. cellulaire (à valider) :
Autre no. téléphone :
Si numéro différent, l'inscrire ici:

La section ci-bas doit être complété par la clinique CDE seulement

CDE triage

SV

Examen physique : ☐ Examen physique limité, sans contact direct avec le patient

TA : _____, FC : _____, T : _____, RR : _____, Sat % :_____, Autre : _____

Impression :
Allure septique ? ☐ Non ☐ Oui
Suspicion COVID : ☐ Faible ☐ Moyen ☐ Élevé

Conduite à tenir :

A - Dépistage COVID-19 indiqué : ☐ Non ☐ Oui ☐ Bilan à faire pour évaluation sévérité
B - Congé : ☐ Non ☐ Oui ☐ FSC
Dépliant informatif quarantaine : ☐ Non ☐ Oui ☐ Électrolytes et créatinine
Isolement à domicile/arrêt de travail : ☐ Non ☐ Oui ☐ LDH (raison hémolyse)
Instruction si détérioration : ☐ Non ☐ Oui ☐ autre : _____
Suivi tél. à faire par la clinique référente: ☐ Non ☐ Oui ☐ Radiographie : _____
C - Transfert au CH ☐ Non ☐ Oui

Pharmacie

Prescription faxée à la pharmacie, patient avisé de les appeler. **Risque COVID : ☐ Faible ☐ Élevé**

Nom infirmière (MAJ) : _____ Signature: _____

Nom médecin (MAJ)(si applicable) : _____ Signature: _____

Date et heure : _____