

ÉVALUATION DES CRITÈRES DES CLINIQUES DÉSIGNÉES D'ÉVALUATION (CDE)

INFORMATION PATIENT			
Nom, prénom :		Date de naissance :	
Adresse complète :			
Adresse courriel :		No. Téléphone :	
Nom, prénom du père :			
Nom, prénom de la mère :			
Numéro d'assurance-maladie / date exp :			
INFORMATION DU PROFESSIONNEL SOIGNANT			
Nom et numéro de pratique du professionnel référent :			
No de télécopieur (<i>OBLIGATOIRE pour rétroaction</i>):		Téléphone ligne directe :	
Répond aux critères de référence en CDE ? (inscrire Oui ou Non)			RLS JM
			RLS SOV
CRITÈRES DE RÉFÉRENCE EN CDE (Obligatoire)			
Au moins un des critères 1 à 4 (cocher toutes les cases répondants aux critères): ☐ Tout symptôme infectieux des sphères ORL, respiratoire ou d'allure grippale (incluant anosmie et agueusie) ; ☐ Tout symptôme GI (vomissements, diarrhées, inappétence, nausées) ; ☐ Test COVID + confirmé (actif); - o 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 trois critères suivants (cocher toutes les cases répondant aux critères): ☐ Après téléconsultation avec clinicien référent : NÉCESSITE évaluation en personne <u>par un médecin</u>; ☐ Absence de critère de référence à l'urgence (ex: pas de risque d'instabilité, personne âgée avec atteinte de l'état général...). ☐ N'est pas référé seulement pour un dépistage COVID (si oui, référez plutôt en Clinique désignée de dépistage).			
SVP, joindre une copie de la note de télé-consultation du référent au formulaire de référence.			
** Veuillez faire parvenir ce formulaire au numéro de télécopieur du CDE désiré **:			
CDE Verdun : (514) 362-2823		CDE des Faubourgs : (514) 362-3613	CDE 1851 : (514) 524-9787