

POINT DE SERVICE REQUÉRANT (OBLIGATOIRE) :

CONSENTEMENT ET RÉFÉRENCE

PROGRAMME NEUROTRAUMATOLOGIE POUR
TRAUMATISME CRANIOCÉRÉBRAL LÉGER (TCCL)

DATE

Année			Mois			Jour			

CONSENTEMENT DE L'USAGER

J'autorise l'établissement ou le médecin référent à faire parvenir au CIUSSS de l'Estrie – CHUS (hôpital Fleurimont) mon dossier médical relatif à l'accident mentionné ci-dessous et je consens à ce que le personnel du programme neurotraumatologie de l'hôpital Fleurimont étudie mon dossier. Si, selon les critères d'admissibilité établis, je suis admissible au programme, j'accepte qu'on entre en contact avec moi par téléphone afin d'assurer un suivi de ma condition.

Signature de l'utilisateur

Date (année/mois/jour)

SECTION 1 (à remplir par toutes les installations)

Date de l'accident (année/mois/jour) : _____ Médecin référent : _____

Nature de l'accident : Accident de la route Accident de travail Assaut Chute
 Accident sportif Autre : _____

Critères diagnostiques du TCC léger* :

- Échelle de coma de Glasgow à l'urgence de 14/15 ou moins (score : _____/15)
- Amnésie entourant l'accident
- Altération de l'état de conscience (confusion ou désorientation)
- Perte de conscience de 30 minutes ou moins (durée : _____)
- Tomodensitométrie (TDM cérébrale) : Non faite Faite ➔ Négative Positive

Autres diagnostics (en lien avec l'accident) : _____

Antécédents pertinents : _____

SECTION 2 (à remplir si requête provient d'une installation autre que l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke ou l'hôpital Fleurimont)

Documents obligatoires ➔ Dossier de l'accident et suivis médicaux effectués (si applicable) :

- Notes ambulancières Notes de triage de l'infirmière Notes et consultations médicales
- Notes évolutives de l'infirmière Tomodensitométrie (TDM cérébrale) Évaluation initiale du polytraumatisé
- Laboratoires : éthanol et drogues Radiographies

Autre document pertinent : _____

Coordonnées de l'utilisateur (adresse complète et numéro de téléphone où le joindre de jour)

Numéro de dossier de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke/hôpital Fleurimont (si disponible) : _____

Signature du référent

Nom en caractère d'imprimerie

Titre/fonction et n° permis

***Si vous avez coché au moins un critère diagnostique positif, référer l'utilisateur au programme neurotraumatologie – Hôpital Fleurimont ➔ Télécopier rapidement ce formulaire et les documents requis au 819 820-6424.**

FDCU-NE-004