



INSTALLATION : _____

DEMANDE DE CONSULTATION

ACCUEIL CLINIQUE

DATE :

Année	Mois	Jour

 HEURE : _____ h

Ordonnances collectives Haute-Yamaska Disponibles sur santeestrie.qc.ca : Professionnels > Ressources pour les professionnels > Accueil clinique (pour médecins et IPS)	☐ Angine ☐ Fibrillation auriculaire ☐ Masse pulmonaire ☐ Accident ischémique transitoire (AIT) ☐ Diverticulite ☐ Hématémèse-Mélena ☐ Rectorragie ☐ Hématurie ☐ Lithiase urinaire
☐ Saignement 1^{er} trimestre ☐ Winrho 300 ug IM PRN si Rh négatif Signature : _____ ☐ Consentement transfusion signé à envoyer avec la demande	☐ Thrombose veineuse profonde (TVP) des membres inférieurs Risque : ☐ Faible ☐ Modéré à élevé Origine TVP : ☐ Connue ☐ Inconnue/Récidivante Anticoagulant : ☐ OPI Traitement empirique jointe ☐ OPI Traitement confirmation TVP jointe ☐ Contre-indication anticoagulant : _____
Ordonnances collectives La Pommeraie Disponibles sur santeestrie.qc.ca : Professionnels > Ressources pour les professionnels > Accueil clinique (pour médecins et IPS)	☐ Fibrillation auriculaire/palpitation de novo ☐ Accident ischémique transitoire (AIT) ☐ Douleur thoracique non aiguë avec origine cardiaque suspectée ☐ Saignement 1^{er} trimestre ☐ Winrho 300 ug IM PRN si Rh négatif Signature : _____ ☐ Consentement transfusion signé à envoyer avec la demande
☐ Thrombose veineuse profonde (TVP) des membres inférieurs Risque : ☐ Faible ☐ Modéré à élevé Origine TVP : ☐ Connue ☐ Inconnue/Récidivante Anticoagulant : ☐ OPI Traitement empirique jointe ☐ OPI Traitement confirmation TVP jointe ☐ Contre-indication anticoagulant : _____	
Renseignements cliniques obligatoires (si possible joindre la note du rendez-vous médical) : _____ _____ _____	
# Dossier CH : _____	
Coordonnées de la clinique : _____ Numéro de télécopieur : _____ Adresse courriel .med du médecin : _____	
_____ Signature du médecin _____ Nom en caractère d'imprimerie _____ N° permis	
Retourner par télécopieur : Haute-Yamaska au 579 365-2026 OU La Pommeraie au 450 263-5708	

FDCU-CE-001