



INSTALLATION : \_\_\_\_\_

### DEMANDE DE CONSULTATION

#### ACCUEIL CLINIQUE

DATE 

Année			
Mois			
Jour			

 HEURE : \_\_\_\_\_ h

<p>Ordonnances collectives <b>Haute-Yamaska</b></p> <p><u>Disponibles sur</u> santeestrie.qc.ca :</p> <p><i>Professionnels &gt; Ressources pour les professionnels &gt; Accueil clinique (pour médecins et IPS)</i></p>	<table style="width: 100%;"><tr><td><input type="checkbox"/> Angine</td><td><input type="checkbox"/> Hématémèse-Mélena</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Fibrillation auriculaire</td><td><input type="checkbox"/> Rectorragie</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Masse pulmonaire</td><td><input type="checkbox"/> Hématurie</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Accident ischémique transitoire (AIT)</td><td><input type="checkbox"/> Lithiase urinaire</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Diverticulite</td><td></td></tr></table> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Saignement 1<sup>er</sup> trimestre</p> <p><input type="checkbox"/> Winrho 300 ug IM PRN si <b>Rh négatif</b> Signature : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Consentement transfusion signé <b>à envoyer avec la demande</b></p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Thrombose veineuse profonde (TVP) des membres inférieurs</p> <p>Risque : <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré à élevé Origine TVP : <input type="checkbox"/> Connue <input type="checkbox"/> Inconnue/Récidivante</p> <p>Anticoagulant : <input type="checkbox"/> OPI Traitement empirique jointe <input type="checkbox"/> OPI Traitement confirmation TVP jointe</p> <p><input type="checkbox"/> Contre-indication anticoagulant : _____</p>	<input type="checkbox"/> Angine	<input type="checkbox"/> Hématémèse-Mélena	<input type="checkbox"/> Fibrillation auriculaire	<input type="checkbox"/> Rectorragie	<input type="checkbox"/> Masse pulmonaire	<input type="checkbox"/> Hématurie	<input type="checkbox"/> Accident ischémique transitoire (AIT)	<input type="checkbox"/> Lithiase urinaire	<input type="checkbox"/> Diverticulite											
<input type="checkbox"/> Angine	<input type="checkbox"/> Hématémèse-Mélena																				
<input type="checkbox"/> Fibrillation auriculaire	<input type="checkbox"/> Rectorragie																				
<input type="checkbox"/> Masse pulmonaire	<input type="checkbox"/> Hématurie																				
<input type="checkbox"/> Accident ischémique transitoire (AIT)	<input type="checkbox"/> Lithiase urinaire																				
<input type="checkbox"/> Diverticulite																					
<p>Ordonnances collectives <b>La Pommeraie</b></p> <p><u>Disponibles sur</u> santeestrie.qc.ca :</p> <p><i>Professionnels &gt; Ressources pour les professionnels &gt; Accueil clinique (pour médecins et IPS)</i></p>	<table style="width: 100%;"><tr><td><input type="checkbox"/> Fibrillation auriculaire/palpitation de novo</td><td><input type="checkbox"/> Accident ischémique transitoire (AIT)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Douleur thoracique non aiguë avec origine cardiaque suspectée</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Diverticulite</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Saignement 1<sup>er</sup> trimestre</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Winrho 300 ug IM PRN si <b>Rh négatif</b> Signature : _____</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Consentement transfusion signé <b>à envoyer avec la demande</b></td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Thrombose veineuse profonde (TVP) des membres inférieurs</td><td></td></tr><tr><td>Risque : <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré à élevé Origine TVP : <input type="checkbox"/> Connue <input type="checkbox"/> Inconnue/Récidivante</td><td></td></tr><tr><td>Anticoagulant : <input type="checkbox"/> OPI Traitement empirique jointe <input type="checkbox"/> OPI Traitement confirmation TVP jointe</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Contre-indication anticoagulant : _____</td><td></td></tr></table>	<input type="checkbox"/> Fibrillation auriculaire/palpitation de novo	<input type="checkbox"/> Accident ischémique transitoire (AIT)	<input type="checkbox"/> Douleur thoracique non aiguë avec origine cardiaque suspectée		<input type="checkbox"/> Diverticulite		<input type="checkbox"/> Saignement 1 <sup>er</sup> trimestre		<input type="checkbox"/> Winrho 300 ug IM PRN si <b>Rh négatif</b> Signature : _____		<input type="checkbox"/> Consentement transfusion signé <b>à envoyer avec la demande</b>		<input type="checkbox"/> Thrombose veineuse profonde (TVP) des membres inférieurs		Risque : <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré à élevé Origine TVP : <input type="checkbox"/> Connue <input type="checkbox"/> Inconnue/Récidivante		Anticoagulant : <input type="checkbox"/> OPI Traitement empirique jointe <input type="checkbox"/> OPI Traitement confirmation TVP jointe		<input type="checkbox"/> Contre-indication anticoagulant : _____	
<input type="checkbox"/> Fibrillation auriculaire/palpitation de novo	<input type="checkbox"/> Accident ischémique transitoire (AIT)																				
<input type="checkbox"/> Douleur thoracique non aiguë avec origine cardiaque suspectée																					
<input type="checkbox"/> Diverticulite																					
<input type="checkbox"/> Saignement 1 <sup>er</sup> trimestre																					
<input type="checkbox"/> Winrho 300 ug IM PRN si <b>Rh négatif</b> Signature : _____																					
<input type="checkbox"/> Consentement transfusion signé <b>à envoyer avec la demande</b>																					
<input type="checkbox"/> Thrombose veineuse profonde (TVP) des membres inférieurs																					
Risque : <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré à élevé Origine TVP : <input type="checkbox"/> Connue <input type="checkbox"/> Inconnue/Récidivante																					
Anticoagulant : <input type="checkbox"/> OPI Traitement empirique jointe <input type="checkbox"/> OPI Traitement confirmation TVP jointe																					
<input type="checkbox"/> Contre-indication anticoagulant : _____																					
<p>Renseignements cliniques obligatoires (si possible joindre la note du rendez-vous médical) : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																					
<p>N° dossier CH : _____</p>																					
<p>Coordonnées de la clinique : _____</p>																					
<p>Numéro de télécopieur : _____</p>																					
<p>Adresse courriel .med du médecin : _____</p>																					
_____ Signature du médecin	_____ Nom en caractère d'imprimerie	_____ N° permis																			
<p><b>Retourner par télécopieur : Haute-Yamaska au 579 365-2026 OU La Pommeraie au 450 263-5708</b></p>																					

FDCU-CE-001