

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal



EST10010

N° Dossier : _____ Date de naissance : _____ Sexe : _____
 Nom, Prénom : _____
 Nom de la mère : _____
 Adresse : _____
 Téléphone : _____
 NAM : _____ Expiration : _____

RÉFÉRENCE À L'ACCUEIL CLINIQUE CEMTL SUSPICION D'ACCIDENT ISCHÉMIQUE TRANSITOIRE (AIT)

À compléter par le médecin requérant ou l'infirmière praticienne spécialisée (IPS)

Critères d'inclusion :

- Répondre aux critères d'admissibilité de l'accueil clinique
- Possibilité d'accident ischémique transitoire (AIT)

Critères d'exclusion :

- Symptômes brefs < 3 min
- Céphalée inhabituelle progressive d'intensité modérée et plus
- Déficit neurologique focal persistant d'une durée ≥ 24 h
- Migraine avec aura visuel
- Vertige isolé/positionnel
- Faiblesse généralisée
- Déficit neurologique qui n'est pas de cause vasculaire présumée ou plus de 20 épisodes similaires
- Engourdissement d'extrémité accompagné de douleur



DIRIGER IMMÉDIATEMENT À L'URGENCE SI :

- Déficit neurologique focal persistant ou progressif de < 24 h et indication possible de thrombolyse si début < 4.5 h
- AIT avec parésie ou trouble du langage survenu il y a < 48 h
- Déficit accompagné de fibrillation auriculaire de novo
- Instabilité hémodynamique
- Céphalée inhabituelle d'installation brutale
- 2 épisodes d'AIT en < 1 semaine
- Syncope
- Suspicion de dissection
- État clinique jugé trop instable pour une prise en charge en 72h

OBLIGATOIRE →

Intervalle de temps écoulé depuis début des symptômes

< 48h = Diriger l'usager à l'urgence Entre 2 et 14 jrs > 14 jours

Renseignements cliniques :

Âge > 65 ans HTA Diabète Faiblesse unilatérale Aphasie Perte de vision monoculaire

Identification du médecin requérant ou de l'infirmière praticienne spécialisée (IPS)

Lors de la signature de ce document, le médecin / IPS référent accepte de faire le suivi de l'épisode de soin

Nom et prénom du md / IPS (lettres moulées) : _____

permis obligatoire : _____ Clinique : _____

No de téléphone pour les prochaines 72 heures : _____

No de télécopieur : _____

J'ai remis une ordonnance à l'usager (facultatif) (Réf : OP00077 sur le site web)

J'accepte que les procédures diagnostiques incluses dans l'ordonnance individuelle préformatée (OIP-CEMTL-00025) soient appliquées.

Signature du médecin / IPS : _____ Date et heure : _____

Md / IPS qui accepte de faire le suivi de l'épisode de soins (SI DIFFÉRENT) : _____ (aa/mm/jj)

Nom et prénom du Md / IPS (lettres moulées) : _____

Joignable pour les prochaines 72 heures au : _____



**VEUILLEZ TELECOPIER CE FORMULAIRE AU 514 252-3845
Pour joindre l'Accueil clinique, composez le : 514 252-3400, poste 5821**

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES