

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

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

Québec



HMR40174

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

RÉFÉRENCE À L'ACCUEIL CLINIQUE HMR SUSPICION DE COLIQUE BILIAIRE

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

Critères d'inclusion :

- Répondre aux critères d'admissibilité de l'accueil clinique
- Usager chez qui on suspecte une colique biliaire

Critères d'exclusion (diriger à l'urgence) :

- État clinique jugé trop instable pour une prise en charge en 72h
- Température $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- Douleur intense non soulagée par analgésie
- Ictère
- Douleur prolongée > 12 heures
- État infectieux (diaphorèse intense, frissons, anorexie importante)

Renseignements cliniques :

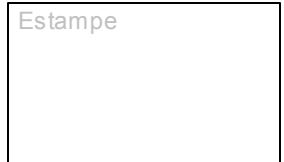
Identification du médecin requérant ou de l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) ou de la sage-femme (SF)

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

permis obligatoire : _____ Clinique : _____

No de téléphone pour les prochaines 24 heures : _____

No de télécopieur : _____



J'accepte que les procédures diagnostiques incluses dans l'ordonnance individuelle préformatée (OIP-CEMTL-00699) 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 24 heures au : _____

VEUILLEZ TELECOPIER CE FORMULAIRE AU 514 252-3845
Pour joindre l'Accueil clinique, composez le : 514 252-3400, poste 5821
ou courriel : accueilclinique.hmr@ssss.gouv.qc.ca

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES