



HMR40175

N° Dossier : _____ Date de naissance : _____ Sexe : _____

Nom, Prénom : _____

Nom de la mère : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

NAM : _____

Expiration : _____

**RÉFÉRENCE À L'ACCUEIL CLINIQUE HMR
SUSPICION DE DIVERTICULITE****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 diverticulite
Critères d'exclusion (diriger à l'urgence) :	- État clinique jugé trop instable pour une prise en charge en 72h - Douleur intense non soulagée par analgésie - Péritonisme - Immunosuppression, surtout corticostéroïdes p.o. - État septique (diaphorèse intense, frissons, anorexie importante, tachycardie, tachypnée, fièvre élevée)
Si allergie à l'iode ou aux produits de contraste :	- Débuter prémédication élective p.o. selon OIP3314 <input type="checkbox"/>
Si usager avec DFG_e ≤ 45 mL/min/1,73m² ou greffé rénal :	- Communication au référent pour prévoir protection rénale selon OIP00074

****Antibiothérapie à débiter ou à prévoir par référent, voir modalités selon l'algorithme de la présente condition clinique et consulter les recommandations de l'INESS******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 : _____

Estampe  **J'accepte que les procédures diagnostiques incluses dans l'ordonnance individuelle préformatée (OIP-CEMTL-00700) 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