



EST10042

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

**RÉFÉRENCE À L'ACCUEIL CLINIQUE CEMTL  
SUSPICION MODÉRÉE D'EMBOLIE PULMONAIRE**

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

Critères d'inclusion :	Paramètres cliniques - Règle de Wells pour embolie pulmonaire	
		Score
- Répondre aux critères d'admissibilité de l'accueil clinique - Possibilité modérée d'embolie pulmonaire	Δ Antécédent de maladie thromboembolique	1,5
	Δ Rythme cardiaque > 110	1,5
	Δ Chirurgie ou immobilisation < quatre semaines avant épisode	1,5
	Δ Hémoptysie	1
	Δ Néoplasie active	1
	Δ Signe clinique de thrombophlébite	3
	Δ Diagnostic alternatif moins probable	3
	Paramètres cliniques - Règle de PERC (Pulmonary Embolism Rule-Out Criteria)	
	Δ Âge > 50 ans	1
	Δ Rythme cardiaque > 110	1
	Δ Saturation O <sub>2</sub> < 95 %	1
	Δ Antécédent de maladie thromboembolique	1
	Δ Traumatisme récent ou chirurgie récente	1
	Δ Hémoptysie	1
	Δ Usage d'oestrogènes	1
	Δ Oedème unilatéral d'une jambe	1
	Δ PERC négatif	0
	Δ PERC positif	> 0

**Si possible :  
Communiquer avec  
l'Accueil clinique par  
téléphone dans les  
heures ouvrables  
pour référer**

Critères d'exclusion (diriger à l'urgence) :
- État clinique jugé trop instable pour une prise en charge en 24-72 h - Obésité morbide (plus de 165 kg) - Insuffisance rénale sévère (DFGe < 30 ml/min) - Hémorragie cérébrale < 3 mois - Douleur importante non soulagée par les analgésiques - Thrombopénie sévère (plaquettes < 50), - Température ≥ 38,5°C, Température < 36°C, RC ≥ 110/min, anémie sévère (Hb < 70), RR ≥ 22/min, SpO <sub>2</sub> ≤ 90% - Cirrhose CHILD B ou plus

Contre-indication aux anticoagulants oraux directs
- Utilisation d'un inhibiteur de la protéase du VIH, d'antifongique systémique, de rifampin ou d'anti-épileptiques - Grossesse confirmée

Renseignements cliniques : \_\_\_\_\_ Règle de Wells : \_\_\_\_\_ Et règle de PERC : \_\_\_\_\_

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

Nom et prénom du md / IPS (lettres moulées) : \_\_\_\_\_  
 # permis obligatoire : \_\_\_\_\_ Clinique : \_\_\_\_\_  
 No de téléphone pour les prochaines 24 heures : \_\_\_\_\_  
 No de télécopieur : \_\_\_\_\_

Estampe

J'ai remis une ordonnance au patient (facultatif) (Réf : Guide de prescription sur le site web) et me suis assuré de l'amorce du traitement en attendant la confirmation du diagnostic

J'accepte que les procédures diagnostiques incluses dans l'ordonnance individuelle préformatée (OIP-CEMTL-00136) soient appliquées et qu'un dosage de BHCG soit ajouté au bilan sanguin pour les femmes en âge de procréer.

Signature du médecin / IPS : \_\_\_\_\_ Date et heure : \_\_\_\_\_ (aa/mm/jj)

Md / IPS qui accepte de faire le suivi de l'épisode de soins (SI DIFFÉRENT) : \_\_\_\_\_

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**

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES