

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

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

Québec



EST10043

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

**RÉFÉRENCE À L'ACCUEIL CLINIQUE CEMTL
USAGER PRÉSENTANT UNE HÉMATURIE MACROSCOPIQUE ASYMPTOMATIQUE**

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

Critères d'inclusion :	<ul style="list-style-type: none">- Répondre aux critères d'admissibilité de l'accueil clinique- Usager présentant une hématurie macroscopique asymptomatique
Critères d'exclusion :	<ul style="list-style-type: none">- Suivi existant en urologie / Usager connu par urologue- Hématurie macroscopique symptomatique <p>DIRIGER À L'URGENCE SI :</p> <ul style="list-style-type: none">- État clinique jugé trop instable pour une prise en charge en 72h- Température ≥ 38 °C- État infectieux- Dysurie sévère- Caillots sanguins dans les urines- Douleur intense non soulagée par analgésie- Symptômes de rétention urinaire

Prélèvement immédiat à faire si disponible au point de service du référent

Renseignements cliniques :

Si allergie à l'iode ou aux produits de contraste :

- Débuter prémédication élective p.o. selon OIP-CEMTL-00900

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 soins

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 au patient (facultatif) (Réf : Guide de prescription sur le site web)

J'accepte que les procédures diagnostiques incluses dans l'ordonnance individuelle préformatée (OIP-CEMTL-00135) 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