



N° dossier : (si dossier existant)	
N° RAMQ	
Nom	
Prénom	
N° tél. principal	
N° tél. secondaire	

PROGRAMME ACCUEIL CLINIQUE

Demande de rendez-vous

N° de téléphone : 450 473-6811
poste 4104

N° de télécopieur : 450 473-9959

Condition clinique subaiguë

Protocole : <u>GYN-2</u>	Saignement du 1^{er} trimestre de grossesse
Critères d'exclusion :	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur abdomino-pelvienne • Saignement vaginal important avec ou sans caillots (2 serviettes souillées/heure) • Température buccale ≥ 38 °C sans autre cause associée • Troubles hémodynamiques : TAS plus petite que 90 mmHg ou FC plus grande que 120 batt./min • Âgée de moins de 14 ans sans consentement parental
Renseignements cliniques :	
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><i>J'ai remis la prescription médicale (si nécessaire) à l'usager</i> <input type="checkbox"/></p>	

✓ Signature du médecin :

✓ Numéro de pratique :

✓ Date et heure :

✓ Coordonnées de la clinique du médecin requérant :

✓ Numéro de télécopieur de la clinique du médecin requérant :

✓ SI L'USAGER PROVIENT DE L'URGENCE ou d'une CLINIQUE SANS RENDEZ-VOUS :

Nom du médecin de famille de l'usager et nom de la clinique :

ÉTAMPE MÉDECIN