



## PROGRAMME ACCUEIL CLINIQUE

Demande de rendez-vous

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

N° de téléphone : 450 473-6811  
poste 4104

N° de télécopieur : 450 473-9959

### Condition clinique subaiguë

Protocole : PN1

**Pneumologie**

Critères d'exclusion :

- Nodule unique et stable déjà présent sur une radiographie antérieure datant de plus de 2 ans.

Renseignements cliniques :

*J'ai remis la prescription médicale (si nécessaire) à l'usager*

✓ 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