



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



Demande de rendez-vous

## PROGRAMME ACCUEIL CLINIQUE

N° de téléphone :	450 473-6811 poste 4104
N° de télécopieur :	450 473-9959

### Condition clinique subaiguë

<b>Protocole : <u>MED-INT 5</u></b>	<b>Accident ischémique transitoire sans syncope (parésie- paresthésie) ≥ de 48 heures</b>
<b>Critères d'exclusion :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parésie-paresthésie transitoire depuis moins de 48 heures ou récidivant</li> <li>• Céphalée constante</li> <li>• Pouls &gt; 120/min</li> <li>• T.A. &lt; 90 mmHg</li> <li>• Altération de l'état de conscience</li> <li>• Température &gt; 38,5 C°</li> <li>• ABCD<sup>2</sup> ≥ 4</li> <li>• Syncope</li> </ul>
<b>Renseignements cliniques :</b>	
.....	
.....	
⇒ Score ABCD <sup>2</sup> :	
.....	
<b><i>J'ai pensé à remettre la prescription médicale (si nécessaire) à l'utilisateur</i></b> <input type="checkbox"/>	

- ✓ 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'utilisateur et nom de la clinique* : .....

