



Demande de rendez-vous

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

PROGRAMME ACCUEIL CLINIQUE

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

Condition clinique subaiguë

Protocole : <u>Gyn - 1</u>	Complication post-opératoire en gynécologie \leq 10 jours
Critères d'exclusion :	<ul style="list-style-type: none">• Détérioration de l'état général empêchant l'usagère de se présenter sur pied à l'accueil clinique• Saignement vaginal équivalent à une serviette hygiénique à l'heure• Nausées et vomissements• Éviscération• Douleur qui augmente et qui n'est pas soulagée par les analgésiques• Température $> 38,5^{\circ}$ C
Renseignements cliniques :	
<hr/> <hr/> <hr/>	
<i>J'ai pensé de remettre la prescription médicale (si nécessaire) à l'usager</i> <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'usager et nom de la clinique :

ÉTAMPE MÉDECIN