



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

<b>Protocole : <u>MICRO - 1</u></b>	<b>Cellulite nécessitant un antibiotique intraveineux</b>
<b>Critères d'exclusion :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'usager de moins de 18 ans</li> <li>• Si diagnostic non établi avec certitude</li> <li>• Si usager toxique : T° &gt; 38,5° C et T.A &lt; 90 et pouls &gt; 120</li> <li>• Usager utilisateur de drogue ou ROH</li> <li>• Douleur intense non soulagée par les analgésiques</li> </ul>
<b>Renseignements cliniques :</b>	
<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 : .....*