



## 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

<b>Protocole : <u>Méd-int - 1</u></b>	<b>Thrombophlébite profonde</b>
<b>Critères d'exclusion :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleur non soulagée par les analgésiques</li> <li>• Hémorragie cérébrale &lt; 3 mois</li> <li>• Grossesse</li> <li>• Troubles hépatiques</li> <li>• Troubles hématologiques graves, méléna ou saignement</li> <li>• Signes d'embolie pulmonaire : pouls &gt; 120, SaO<sub>2</sub> &lt; 90 %, douleur thoracique, dyspnée au repos</li> <li>• Usager déjà anticoagulé</li> <li>• Poids &gt; 150 kg</li> <li>• Clearance créatinine &lt; 20 ml/min</li> <li>• Néoplasie active</li> </ul>
<b>Renseignements cliniques :</b>	
.....	
.....	
⇒ <i>Score de Wells :</i>	
.....	
<b><i>J'ai pensé de remettre la prescription médicale (si nécessaire) à l'usager</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'usager et nom de la clinique* : .....

