



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

Protocole : ORL - 1

Épistaxis récidivante > 2 fois sur une période de 4 mois

Critères d'exclusion :

- Saignement actif persistant
- Écoulement sanguin dans la gorge
- Perte d'équilibre

Renseignements cliniques :

J'ai pensé de remettre la prescription médicale (si nécessaire) à l'utilisateur

✓ 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 :

ÉTAMPE MÉDECIN