



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 : URO - 1

Complication post-opératoire en urologie

Critères d'exclusion :

- Température buccale > 38,5° C pendant plus de 24 heures
- Douleur intense non soulagée par les analgésiques

Renseignements cliniques :

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

✓ 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