



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 : <u>URO - 3</u>	Lithiase urinaire
Critères d'exclusion :	<ul style="list-style-type: none">• Rein unique• État infectieux• Femme enceinte• Douleur intense non soulagée par les analgésiques
Renseignements cliniques :	
<p><i>J'ai pensé de remettre la prescription médicale (si nécessaire) à l'usager</i> <input type="checkbox"/></p> <p>(S'assurer que l'usager a une prescription de Flomax et d'analgésiques pour une période de deux semaines).</p>	

✓ 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