



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>Cardio - 1</u>	a) Angine typique d'effort évoluant > 1 mois b) Douleur rétro-sternale atypique avec facteurs de risque
Critères d'exclusion :	<ul style="list-style-type: none">• Douleur thoracique non soulagée par prise de nitro S/L à 3 reprises pour le même épisode de douleur• Douleur au repos• Douleur thoracique plus de 30 minutes• Palpitation de novo• T.A \geq 160/100 mmHg• Augmentation des symptômes : fatigue, essoufflement
Renseignements cliniques :	
<hr/> <hr/> <hr/>	
<p><i>J'ai pensé de remettre la prescription médicale (si nécessaire) à l'usager</i> <input type="checkbox"/> (S'assurer que l'usager est sous AAS 80 mg ou 325 mg die ad consultation avec le cardiologue)</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