



ORDONNANCE MÉDICALE

Hôpital Hébergement Réadaptation 1^{re} ligne

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergie (s) : _____ Aucune connue : Réactions indésirables aux médicaments : _____

ACCUEIL CLINIQUE - COLIQUE NÉPHRÉTIQUE – 1^{re} LIGNE

1/2

La personne référée répond aux critères d'admissibilité de l'Accueil Clinique et ne présente aucune des contre-indications spécifiques à la condition clinique visée (*voir verso*)

LABORATOIRES ET EXAMENS DIAGNOSTIQUES

FSC, Na⁺, K⁺, créatinine, β -hCG (si en âge de procréer), analyse/culture d'urine) \leq 24h

Aviser le médecin/IPS référent si :

- Créatinine > 120 μ mol/L
- Leucocytes > 15 **et/ou** nitrites positifs sur analyse d'urine

Uroscan \leq 24h (*Se référer au médecin/IPS référent.e (si trouvaille fortuite)*)
Si absence de lithiase urinaire ou autre trouvaille non urgente à l'Uroscan

Congé + retour au médecin/IPS référent

Si présence de lithiase

Filtrer les urines + analyse en biochimie, si évacuation spontanée

Plaque simple de l'abdomen (PSA) **ET** consultation en urologie si :

- Lithiase \geq 5 mm : \leq 2 semaines
- Lithiase < 5 mm : \leq 4 semaines
- Lithiase calicelle asymptotique : \leq 3 mois
- Évacuation spontanée ou en cours d'épisode: \leq 3 mois

Si présence d'une autre trouvaille urgente

Référer à l'urgence

Nom du médecin de l'urgence (en lettres moulées) : _____ N° permis : _____

Signature : _____ Date : _____ Heure : _____



SM03118



HOPITAL06C

ORDONNANCE MÉDICALE

COLIQUE NÉPHRÉTIQUE – ACCUEIL CLINIQUE – 1^{re} LIGNE

2/2

Critères d'exclusion

- Rein unique
- Douleur persistante non soulagée par analgésie
- Insuffisance rénale
- Suspicion d'infection urinaire

Critères généraux d'admissibilité

- L'utilisateur nécessite une prise en charge dans un délai d'au plus 72h, sans qu'une hospitalisation ou un temps d'observation sur civière ne soit requis.
- L'utilisateur est âgé.e de 16 ans ou plus **et** n'est pas enceinte.
- La condition clinique est stable.
- L'utilisateur peut se déplacer seul.e, ou est accompagné.e pour assurer ses déplacements.
- L'utilisateur ne présente pas une problématique de santé mentale instable ou un trouble cognitif non compensé par un réseau de soutien significatif.

Nom du médecin référent (en lettres moulées) : _____ N° permis : _____

Signature : _____ Date : _____ Heure : _____

No. de téléphone de la clinique : _____

TÉLÉCOPIEUR DE L'ACCUEIL CLINIQUE : HND : 514-362-2829 HV : 514-765-8529

Entérinée par l'exécutif du CMDP du CIUSSS le 12 décembre 2024