



SM03119



HOPITAL06C

ORDONNANCE MÉDICALE

Hôpital Hébergement Réadaptation 1^{re} ligne

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

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

ACCUEIL CLINIQUE – COLIQUE NÉPHRÉTIQUE – URGENCE

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*)

EXAMENS DIAGNOSTIQUES

Uroscan \leq 24h (*se référer au coordonnateur médical hospitalier en cas de trouvaille fortuite*)

Si uroscan normal et asymptomatique

Congé

Si autre pathologie non urgente ou symptômes persistants

Congé + référence en première ligne

Si pathologie urgente

Référer à l'urgence

Si présence de lithiase

Filtrer les urines + analyse en biochimie si évacuation spontanée

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

- 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

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

Signature : _____ Date : _____ Heure : _____



SM03119



HOPITAL06C

ORDONNANCE MÉDICALE

ACCUEIL CLINIQUE – COLIQUE NÉPHRÉTIQUE – URGENGE

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 de 16 ans ou plus **et** n'est pas enceinte.
- La condition clinique est stable.
- L'utilisateur peut se déplacer seul, ou est accompagné 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