



SM03121



HOPITAL06C

ORDONNANCE MÉDICALE

Hôpital Hébergement Réadaptation 1^{re} ligne

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

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

ACCUEIL CLINIQUE – DIVERTICULITE – 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*)

LABORATOIRE ET EXAMENS DIAGNOSTIQUES :

Scan abdo-pelvien (*délai max. 24h*)

- Si diverticulite compliquée ou autre trouvaille urgente, référer à l'urgence
- Si autre trouvaille non urgente, ou scan normal avec persistance des symptômes, référer aux services de la 1^e ligne
- Si scan normal et absence de symptôme, congé
- **Si diverticulite simple au scan :**

Coloscopie longue **si** critères suivants respectés (*compléter formulaire AH-702*)

- Âge < 80 ans
- Aucune coloscopie réalisée dans les 5 dernières années
- *Attention : consultation en gastroentérologie le jour de la coloscopie*

Coloscopie virtuelle **si** critères suivants respectés (*délai 6-8 semaines*) :

- Âge ≥ 80 ans **OU** toute autre contre-indication à la coloscopie longue
- Aucune coloscopie réalisée antérieurement

CONSULTATION

Gastroentérologie (le jour de la coloscopie longue **OU** si coloscopie virtuelle anormale)

ANTIBIOTHÉRAPIE

- Compléter l'ordonnance externe
- Cesser si inflammation < 8 cm au SCAN et si âge < 80 ans

Nom du médecin/IPS référent.e (en lettres moulées) : _____ N° permis : _____

Signature : _____ Date : _____ Heure : _____



SM03121



HOPITAL06C

ORDONNANCE MÉDICALE

ACCUEIL CLINIQUE – DIVERTICULITE – URGENCE

2/2

Critères d'exclusion :

- Douleur abdominale intense non soulagée par analgésie
- Douleur abdominale présente ≥ 3 semaines
- Score ASA \geq III
- Immunodépression ou immunosuppression

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