



**ACCUEIL CLINIQUE – COLIQUE NÉPHRÉTIQUE –  
ORDONNANCE INDIVIDUELLE STANDARDISÉE URO-2**

Consentement:  Patient  Représentant légal  Double identification faite

**COLIQUE NÉPHRÉTIQUE**

**À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN RÉFÉRENT / IPS**

- L'usager répond aux critères généraux d'admissibilité de l'accueil clinique : âgé de 16 ans et +, capacité de se déplacer, ne nécessite pas d'hospitalisation ou d'observation sur civière, la demande provient d'un médecin ou IPS du territoire
- L'usager présente une suspicion de colique néphrétique
- L'usager ne présente aucun des critères d'exclusion suivants :  
\*\*Si oui, diriger vers l'urgence\*\*
- Le bilan comparatif des médicaments (BCM) de l'usager ou une liste à jour de ses médicaments est joint à cette demande.

➔

- Température buccale  $\geq 38.0$  °C
- État infectieux
- Douleur intense non-soulagée par analgésie
- Femme enceinte
- Rein unique

**\*\* Le soulagement de la douleur doit être pris en charge par la médecin ou IPS référent jusqu'à la consultation en urologie.\*\***

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (OBLIGATOIRES) :**

**INFORMATIONS DE L'USAGER :**

Numéro de téléphone maison : \_\_\_\_\_ cellulaire : \_\_\_\_\_

J'accepte que les procédures incluses dans l'ordonnance individuelle standardisée soient appliquées (verso)

Nom et prénom du MD / IPS

Clinique

N° de téléphone pour les prochains 24h

N° de télécopieur

**ESTAMPE DU RÉFÉRENT**

**IDENTIFICATION DU MÉDECIN RÉFÉRENT / IPS**

Signature du médecin / IPS

N° de permis

Date (aaaa-mm-jj) et heure

MD qui accepte de faire le suivi de l'épisode (SI DIFFÉRENT)

Nom et prénom du MD (lettre moulées)

Joignable pour les prochains 24h au

N° de téléphone

**ACCUEIL CLINIQUE SITE VERDUN : VEUILLEZ TÉLÉCOPIER CE FORMULAIRE AU 514-765-8529 / INFIRMIÈRE TÉL. : 514-765-8530**  
**ACCUEIL CLINIQUE SITE NOTRE-DAME : VEUILLEZ TÉLÉCOPIER CE FORMULAIRE AU 514-362-2829 / INFIRMIÈRE TÉL. : 514-413-8701**

## COLIQUE NÉPHRÉTIQUE

### Prélèvement sanguin ≤ 24 heures

FSC - Na - K - Créatinine -  $\beta$ -hCG (♀ en âge de procréer)

Aviser médecin référent si :

- Si résultat de créatinine > 120  $\mu$ mol/L ou si augmenté par rapport à la valeur de base d'au moins 30  $\mu$ mol/L chez les usagers présentant une insuffisance rénale chronique
- Si  $\beta$ -Hcg positif (critère d'exclusion)

### Analyse et culture des urines ≤ 24 heures

Aviser médecin référent si :

- leucocytes > 10 cellules/ champ et/ou nitrites positifs.

### Épreuves diagnostiques ≤ 24 heures

- Uroscan

- Si le résultat est négatif : retour au médecin référent.

- Plaque simple de l'abdomen (PSA) le jour de la consultation en urologie.

### Consultation en urologie

#### Lorsque scan positif :

Si lithiase urinaire de plus de 5 mm : délai ≤ 2 semaines

Si lithiase urinaire de 5 mm ou moins : délai < 4 semaines

Si lithiase calicelle asymptotique : délai ≤ 3 mois

Si lithiase évacuée en cours d'épisode de soins : délai ≤ 3 mois

### Autres épreuves diagnostiques possibles

L'usager devra filtrer ses urines tout au long du processus diagnostique. Si l'usager passe un calcul, il devra l'apporter pour analyse biochimique.

Lors de l'évaluation de l'infirmière à l'accueil clinique : faire un bladder scan si suspicion de globe vésical.

\_\_\_\_\_  
Nom et prénom du médecin / IPS

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin / IPS

\_\_\_\_\_  
N° de permis

\_\_\_\_\_  
Date (aaaa-mm-jj)

\_\_\_\_\_  
Heure