



SOV0361 v1

RÉFÉRENCE À L'ACCUEIL CLINIQUE

ORDONNANCE INDIVIDUELLE STANDARDISÉE GASTRO-3

No de chambre		No de dossier	
Nom			
Prénom			
Date de naissance	No Assurance maladie	Sexe	Expiration
Début d'épisode	Installation	Md Traitant	

SUSPICION DE DIVERTICULITE

À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN RÉFÉRENT/IPS

- La personne répond aux critères généraux d'admissibilité de l'accueil clinique
- On soupçonne chez la personne, une diverticulite
- La personne ne présente aucun des critères d'exclusion suivants :
- * Si oui, diriger vers l'urgence *

-Douleur abdominale intense non soulagée par analgésiques ou historique de douleur datant de plus de 3 semaines
-Toute condition clinique instable i.e. : altération de l'état de conscience, TAS inférieure à 100 mm Hg, température buccale de 38,5 °C et plus, SaO₂ inférieure à 92%
-Grossesse confirmée
-Chimiothérapie en cours

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

INFORMATIONS PATIENT :

Numéro de téléphone (maison) : _____ Numéro de téléphone (cellulaire) : _____

PRÉLÈVEMENT INITIAL (Délai max : 72 h)

- HÉMATOLOGIE : FSC
- BIOCHIMIE : Glucose, urée, créatinine, ALT, bilirubine, lipase, hCG (si en âge de procréer)

ÉPREUVE DIAGNOSTIQUE:SCAN ABDOMINO-PELVIN (Délai max : 24 h) ET SELON LE RÉSULTAT DU SCAN :

- Si diverticulite compliquée (abcès, perforation, fistule,...) → Diriger la personne vers l'urgence
- Si scan négatif ou autre trouvaille → retour au médecin référent
- Si diverticulite simple → Débuter médication selon le **GUIDE DE PRESCRIPTION-GASTRO-3** remise à la personne référée :
 - Ciprofloxacine + Métronidazole pour 10 jours au total
OU si allergie aux quinolones ou au métronidazole :
 - Amoxicilline + Clavulanate pour 10 jours au total

ET selon l'âge et/ou anticoagulothérapie :

- Moins de 80 ans → coloscopie-consult. 6 à 8 semaines après l'arrêt des antibiotiques et évaluation infirmière (Délai max : 2 jours avant colo)
- 80 ans ou plus et/ou anticoagulé(e) → Lavement baryté double contraste (Délai max : 6-8 semaines)
 - LBDC normal → retour au med référent.
 - LBDC anormal → consultation en gastroentérologie (max : 2mois)

IDENTIFICATION DU MÉDECIN RÉFÉRENT/IPS

Nom et prénom du MD/IPS _____

Clinique _____

No téléphone pour les prochaines 24h No télécopieur _____

Signature MD/IPS : _____ # permis : _____ Date : _____ Heure : _____

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

Joignable pour les prochaines 24h au _____

NOM ET PRÉNOM DU MD/IPS (LETTRES MOULÉES)

No téléphone _____

VEUILLEZ TÉLÉCOPIER CE FORMULAIRE AU 514-765-8529
POUR JOINDRE L'ACCUEIL CLINIQUE, COMPOSEZ LE 514-362-1000 POSTE 66665

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge