



**DEMANDE D'INSCRIPTION
UNITÉ DE MÉDECINE DE JOUR**

Délai : STAT <24h <5 jours < 10 jours >10 jours

Diagnostic principal : _____

Diagnostic(s) secondaire(s) : _____

Allergie(s) : _____

Programmes disponibles :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anticoagulothérapie | <input type="checkbox"/> Oncologie et chimiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Investigation et traitement | <input type="checkbox"/> Thérapie intraveineuse |
| <input type="checkbox"/> Urologie | <input type="checkbox"/> Antibiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Traitement de la douleur chronique | <input type="checkbox"/> Transfusion |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Biphosphonates |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

N.B. Annexez la feuille d'ordonnances et de consultation.

Prise en charge et suivi médical : (nom du médecin) : _____

Signature : _____ Date prévue de prise en charge : _____

ESPACE RÉSERVÉ À L'UNITÉ DE MEDECINE DE JOUR

Demande reçue le : _____ Date prévue d'admission : _____

Commis : _____

N.B. : Ne pas oublier de compléter le verso

Nom :

Prénom :

Dossier :

GRILLE D'ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ

UNITÉ DE MÉDECINE DE JOUR

À compléter par le médecin

	OUI (v)	NON (v)
1. Le client est-il stable cliniquement?		
2. État général permettant de recevoir des soins sans nécessiter de surveillance constante.		
3. Absence de troubles psychiatriques aigus ou de toxicomanie.		
4. À titre indicatif : Hospitaliseriez-vous ce client s'il n'y avait pas de médecine de jour?		

À compléter par l'infirmière

	OUI (v)	NON (v)
1. Acceptation du client à recevoir les soins en médecine de jour.		
2. Autonomie du client ou présence d'un réseau d'aidants naturels pouvant le supporter.		
3. Autonomie du transport ou accès à un mode de transport adéquat.		

Médecin traitant

Infirmière

Date