



\*SOV0369\* v1

RÉFÉRENCE À L'ACCUEIL CLINIQUE

ORDONNANCE INDIVIDUELLE STANDARDISÉE  
MÉD.INT.-1

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

**SUSPICION DE THROMBOPHLÉBITE**

**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 thrombophlébite
- J'inscris le score de Wells obtenu (obligatoire) : \_\_\_\_\_
- La personne ne présente aucun des critères d'exclusion suivants : →  
\* Si oui, diriger vers l'urgence \*

-Température buccale de 38,5 °C et plus  
-Signes d'embolie pulmonaire i.e : dlr thoracique subite ou augmentée à l'inspiration, dyspnée et/ou tirage, FC supérieure ou égale à 120/min., FR supérieure ou égale à 24/min, SaO<sub>2</sub> inférieure ou égale à 92%  
-Membre inférieur atteint froid, pâle, présentant une paresthésie ou une absence de pouls périphérique  
-Grossesse confirmée  
-Présence de contre-indications à recevoir un anticoagulant RÉF: GUIDE POUR SUSPICION DE TROMBOPHLÉBITE

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :**

- Membre inf. droit  Membre inf. gauche

**PRÉLÈVEMENT SANGUIN (Délai max : STAT)**

- **HÉMATOLOGIE** : FSC, Coagulogramme et D-Dimères si score de Wells inférieur à 1
- **BIOCHIMIE** : Créatinine, DFGe, ALT, ALP, hCG (si en âge de procréer)

**ÉPREUVES DIAGNOSTIQUES : DOPPLER VEINEUX (Délai max : 24 h)**

- **INDICATIONS** : Score de Wells de moins de 1 ET D-Dimères supérieur ou égal à 500 mg/L ou ajustés selon l'âge pour les 50 ans et plus  
Score de Wells de 1 et plus, peu importe le résultat des D-Dimères

**CONSULTATION EN MÉDECINE INTERNE :**

- **INDICATIONS** : Doppler veineux positif pour thrombophlébite profonde **OU** thrombophlébite superficielle près du réseau profond

- J'AI REMIS UNE ORDONNANCE AU PATIENT (RÉF : GUIDE DE PRESCRIPTION MÉD.INT.-1)

**IDENTIFICATION DU MÉDECIN RÉFÉRENT/IPS**

Nom et prénom du MD \_\_\_\_\_

Clinique \_\_\_\_\_

No téléphone pour les prochaines 24h No télécopieur \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

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

**ESTAMPE**

Joignable pour les prochaines 24h au \_\_\_\_\_

NOM ET PRÉNOM DU MD (LETTRES MOULÉES) \_\_\_\_\_ No téléphone \_\_\_\_\_

VEUILLEZ TÉLÉCOPIER CE FORMULAIRE AU 514-362-2829  
POUR JOINDRE L'ACCUEIL CLINIQUE, COMPOSEZ LE 514-413-8701

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge