



SOV0371 v1

RÉFÉRENCE À L'ACCUEIL CLINIQUE

ORDONNANCE INDIVIDUELLE STANDARDISÉE
PNEUMO-2

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

HÉMOPTYSIE

À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN RÉFÉRENT/IPS

La personne répond aux critères généraux d'admissibilité de l'accueil clinique

La personne nécessite une investigation en pneumologie dans les plus brefs délais

La personne ne présente aucun des critères d'exclusion suivants : →
* Si oui, diriger vers l'urgence *

- Hémoptysie franche de plus de 100 ml ou hémoptysie massive
- Suspicion de saignement digestif combiné
- Suspicion d'embolie pulmonaire
- PAS inférieure ou égale à 90 mm Hg
- FC de 110/min et plus
- T° B de 38,5 °C et plus
- SaO₂ de 92% et moins
- Toute condition clinique jugée instable

Je remets à la personne un CD de ses examens en radiologie, si non disponible au DSQ

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

PRÉLÈVEMENT SANGUIN (Délai max : 72 h)

- **HÉMATOLOGIE** : FSC, Coagulogramme, Sédimentation, Réticulocytes
- **BIOCHIMIE** : Électrolytes, Créatinine, DFG_e, albumine, calcium total, protéines totales, ALT, ALP, LDH, bilirubine totale

ÉPREUVES DIAGNOSTIQUES :

- ECG (Délai max : 72 h)
- RX-PULMONAIRE (Délai max : 72 h)
- TOMODENSITOMÉTRIE THORACIQUE (CT-Scan) (Délai max : 14 jours)

CONSULTATION EN PNEUMOLOGIE :

- Délai max 2 semaines

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)

NOM ET PRÉNOM DU MD (LETTRES MOULÉES) _____ Joignable pour les prochaines 24h au _____
No téléphone

ESTAMPE

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