

Installation : _____

Dossier : _____
 Nom, Prénom : _____
 Date de naissance : _____ F M
 AAAAA-MM-JJ
 NAM : _____ Exp. _____
 AAAAA-MM
 Nom de la mère : _____

REQUÊTE MÉDECINE DE JOUR

GÉNÉRALITÉS

Demandeur : _____ Tél. : _____
 Médecin de famille : _____ Tél. : _____
 Priorité / Délai d'accès : Plus de 10 jours 3 à 10 jours Préciser Moins de 3 jours Jour même
 Allergies : Non Oui, préciser : _____
 Porteur de bactérie(s) résistante(s) : Non Ne sais pas
 Oui, préciser : SARM ERV CD Autre : _____

Pour toute demande, envoyer la requête complétée à l'hôpital concerné :

Hôpital Anna-Laberge (pneumatique : 14)

Télocopieur : 450 699-2563

Téléphone : 450 699-2425 (poste 4155)

Hôpital du Suroît

Télocopieur : 450 377-5772

Téléphonie : 450 371-9920 (poste 2574 ou 2581)

ECRIRE LISIBLEMENT EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE :

Rapports à retourner à : Demandeur : _____
 Médecin responsable : _____

Adresse : _____
 Téléphone : _____ Fax : _____

DEMANDE DE CONSULTATION – MÉDECINE DE JOUR

Diagnostic(s) / Investigation(s) : _____

Traitements / Conduite (joindre la prescription complète, incluant les produits sanguins) : _____

Ordonnance(s) / Requête : Non Oui, feuilles de prescription (prélèvement, examen, consultation, traitement ou autres)

L'utilisateur peut quitter par la suite : Oui Non, doit attendre avis médical

Précision : _____

Signature du demandeur : _____ MEDECIN DEMANDEUR _____ Date : _____

Nom : _____

Prénom : _____

#Dossier : _____

DEMANDE DE CONSULTATION – CLINIQUE DE SOINS DE PLAIES COMPLEXES

CRITÈRES DE CONSULTATION CIBLÉS

- Plaie présente depuis plus de 45 jours sans amélioration d'au moins 20 à 40% de son processus de cicatrisation **après 2 – 4 semaines de traitement optimaux** malgré un suivi régulier
- Évaluation initiale de l'infirmière complétée (pièce jointe s.v.p.)

DEMANDE D'ÉVALUATION ET SUIVI CONJOINT EN CLINIQUE DE PLAIES COMPLEXES

Renseignements cliniques : Soins curatifs Maintien Soins palliatifs

Type de plaies chroniques (cocher si connu) :

- Plaie de pression Plaie traumatique
- Plaie maligne Lymphœdème (deuxième ligne seulement)
- Ulcère Veineux Artériel Mixte
Type de compression : _____
- Ulcère du pied diabétique neuropathique Plaie chirurgicale / Déhiscence
- Plaie d'origine thermique / Brûlure
- Autre(s) : _____

Date d'apparition : _____

LOCALISATION ANATOMIQUE : _____

SIGNES ET SYMPTÔMES : _____

RÉSULTATS EXAMENS DIAGNOSTIQUES / LABORATOIRE

- Cocher si fait et joindre le rapport** **PIÈCES JOINTES**
- Culture de plaie HBA1C Albumine Protéine Doppler artériel FSC
- Autre(s) : _____

CONDITIONS CONCOMITANTES JUSTIFIANT LA DEMANDE

- Usager nécessitant un lève-patient Besoin plateau technique
- Opinion interdisciplinaire Autre(s) : _____

TRAITEMENTS ANTÉRIEURS UTILISÉS ET ADHÉSION DE L'USAGER

PROFIL PHARMACEUTIQUE

PROFIL NON-PHARMACEUTIQUE

Coordonnées de la pharmacie : _____

Signature du demandeur : _____ Date : _____

À L'USAGE DU PERSONNEL EN MÉDECINE DE JOUR (MDJ)

Provenance demande : Urgence Hospitalisation Spécialiste Accueil clinique Autre : _____

Demande acceptée en MDJ

Référée : 1^{ère} ligne, services généraux Accueil clinique Autre : _____

Demande refusée : Motif : _____

Médecin (demandeur) avisé le _____, par : _____

Signature infirmière MDJ : _____ Date : _____