



\*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  
-SaO<sub>2</sub> 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<sub>e</sub>, 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

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