

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal



EST10044

N° Dossier : _____ Date de naissance : _____ Sexe : _____
 Nom, Prénom : _____
 Nom de la mère : _____
 Adresse : _____
 Téléphone : _____
 NAM : _____ Expiration : _____

**RÉFÉRENCE À L'ACCUEIL CLINIQUE CEMTL
SUSPICION DE COLIQUE NÉPHRÉTIQUE**

À compléter par le médecin requérant ou l'infirmière praticienne spécialisée (IPS)

Critères d'inclusion :	<ul style="list-style-type: none"> - Répondre aux critères d'admissibilité de l'accueil clinique - Possibilité de colique néphrétique
Critères d'exclusion :	<p>DIRIGER À L'URGENCE SI :</p> <ul style="list-style-type: none"> - État clinique jugé trop instable pour une prise en charge en 72h - Température ≥ 38 °C - État infectieux - Rétention urinaire - Rein unique - Douleur intense non soulagée par analgésie <div data-bbox="1193 772 1534 856" style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">Prescrire analgésie adéquate</div> <div data-bbox="1193 871 1534 976" style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">Prélèvement immédiat à faire si disponible au point de service du référent</div>
Précision :	Si uroscan confirme la présence d'une lithiase urétérale ou pyélique chez un patient déjà connu en urologie, celui-ci devra être redirigé vers son spécialiste par le md/IPS référent.

Renseignements cliniques :

Identification du médecin requérant ou de l'infirmière praticienne spécialisée (IPS)

Lors de la signature de ce document, le médecin/IPS référent accepte de faire le suivi de l'épisode de soins

Nom et prénom du md / IPS (lettres moulées) : _____

permis obligatoire : _____ Clinique : _____

No de téléphone pour les prochaines 72 heures : _____

No de télécopieur : _____

J'ai remis une ordonnance au patient (facultatif) (Réf : Guide de prescription sur le site web)

J'accepte que les procédures diagnostiques incluses dans l'ordonnance individuelle préformatée (OIP-CEMTL-00134) soient appliquées.

Signature du médecin / IPS : _____ Date et heure : _____

Md / IPS qui accepte de faire le suivi de l'épisode de soins (SI DIFFÉRENT) :

(aa/mm/jj)

Nom et prénom du Md / IPS (lettres moulées) : _____

Joignable pour les prochaines 72 heures au : _____

**VEUILLEZ TELECOPIER CE FORMULAIRE AU 514 252-3845
Pour joindre l'Accueil clinique, composez le : 514 252-3400, poste 5821**

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES