

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

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



EST10156

N° Dossier : _____ Date de naissance : _____ Sexe : _____

Nom, Prénom : _____

Nom de la mère : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

NAM : _____ Expiration : _____

**RÉFÉRENCE À L'ACCUEIL CLINIQUE CEMTL
SUSPICION D'INFECTION DU PIED DIABÉTIQUE AVEC MAL PERFORANT**

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

Critères d'inclusion :

- Répondre aux critères généraux d'admissibilité de l'Accueil clinique et à la condition clinique ciblée
- Signes / symptômes en faveur d'une infection locale subaiguë ou chronique, sans menace à l'intégrité du membre
Ex : Œdème localisé, érythème entre 0,5 et < 2 cm, douleur ou chaleur locale, exsudat purulent, possibilité d'exposition de structure profonde.
- Le patient atteint d'une polyneuropathie probable d'une autre origine pourrait être admissible.
- Immunosuppression -> Contre-indication relative. Infirmière de l'accueil clinique discutera avec le microbiologiste de garde pour chaque référence.
- Patient déjà connu en microbiologie dans un autre CISSS/CIUSSS ou avec un antécédent d'ostéite traitée récemment dans un autre établissement -> Référer à cet établissement.

Critères d'exclusion :

DIRIGER À L'URGENCE SI :

- Douleur aiguë (EVA > 6/10)
- État septique (fièvre ≥ 38,0°C, frissons, diaphorèse, tachycardie, tachypnée)
- Suspicion d'infection sévère des tissus mous (cellulite, fasciite nécrosante)
- Signes d'ischémie périphérique sévère, de nécrose extensive ou gangrène

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'accepte que les procédures diagnostiques incluses dans l'ordonnance individuelle préformatée (OIP-CEMTL-01110) soient appliquées.

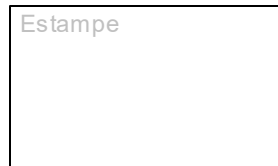
Signature du médecin / IPS : _____ Date et heure : _____

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 : _____



NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

**VEUILLEZ TELECOPIER CE FORMULAIRE AU 514 252-3845
Pour joindre l'Accueil clinique, composez le : 514 252-3400, poste 5821
ou courriel : accueilclinique.hmr@ssss.gouv.qc.ca**