

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

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

Québec



EST10008

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

Nom, Prénom : _____

Nom de la mère : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

NAM : _____

Expiration : _____

RÉFÉRENCE À L'ACCUEIL CLINIQUE HMR FEMME ENCEINTE < 13 SEMAINES PRÉSENTANT DES SAIGNEMENTS UTÉRINS

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

Critères d'inclusion :

- Répondre aux critères d'admissibilité de l'accueil clinique
- Femme enceinte < 13 semaines présentant des saignements utérins

Critères d'exclusion (diriger à l'urgence) :

- État clinique jugé trop instable pour une prise en charge en 72h
- Saignements > 1 serviette sanitaire souillée / heure
- Signes vitaux anormaux et/ou fièvre
- Douleur aiguë suspecte ou possibilité de grossesse ectopique
- Grossesse ectopique antérieure
- Patiente avec fécondation in vitro
- Condition à risque de saignement excessif (ex. : thrombopénie connue, anticoagulothérapie)

Renseignements cliniques :

Identification du médecin requérant ou de l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) ou de la sage-femme (SF)

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

permis obligatoire : _____ Clinique : _____

No de téléphone pour les prochaines 24 heures : _____

No de télécopieur : _____

Estampe

J'accepte que les procédures diagnostiques incluses dans l'ordonnance individuelle préformatée (OIP-CEMTL-00021) 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 24 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