

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

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

Québec



EST10009

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

Nom, Prénom : _____

Nom de la mère : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

NAM : _____

Expiration : _____

RÉFÉRENCE À L'ACCUEIL CLINIQUE CEMTL SUSPICION DE THROMBOPHLÉBITE PROFONDE

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

| Critères d'inclusion : | Paramètres cliniques - Score de Wells pour TPP | |
|---|--|-------|
| | | Score |
| - Répondre aux critères d'admissibilité de l'accueil clinique - Possibilité de thrombophlébite profonde AOD à prescrire ou justifier SVP | Δ Cancer évolutif au cours des six derniers mois | 1 |
| | Δ Paralysie, parésie ou immobilisation récente (par un plâtre) des membres inf. | 1 |
| | Δ Alitement récent de plus de 3 jours ou intervention chirurgicale importante dans les 4 dernières semaines | 1 |
| | Δ Douleur à la pression sur le trajet du système veineux profond | 1 |
| | Δ Œdème de tout le membre inférieur | 1 |
| | Δ Gonflement du mollet de plus de 3 cm par rapport au membre sain (mesuré 10 cm sous la tubérosité tibiale) | 1 |
| | Δ Œdème à godet plus important au niveau du membre atteint | 1 |
| | Δ Veines collatérales superficielles non variqueuses | 1 |
| | Δ Autre diagnostic aussi ou plus probable que celui d'une thrombophlébite profonde : <i>Éirement et déchirure musculaire, lymphangite-obstruction lymphatique, insuffisance veineuse chronique-varicosité, kyste de Baker, cellulite, affections au genou, atteinte artérielle.</i> | -2 |

| Critères d'exclusion (diriger à l'urgence) : | |
|---|--|
| - État clinique jugé trop instable pour une prise en charge en 72 h - Insuffisance rénale sévère (DFGe < 30 ml/min) - Douleur importante non soulagée par les analgésiques - Dyspnée/douleur thoracique subite ou augmentée à l'inspiration - Température ≥ 38,5°C, Température < 36°C, RC ≥ 110/min, RR ≥ 22/min, SpO ₂ ≤ 90% | - Obésité morbide (plus de 165 kg) - Hémorragie cérébrale < 3 mois - Thrombopénie sévère (plaquettes < 50), anémie sévère (Hb < 70) - Cirrhose CHILDB ou plus - Usager déjà sous anticoagulothérapie |

| Contre-indication aux anticoagulants oraux directs | |
|--|-----------------------|
| - Utilisation d'un inhibiteur de la protéase du VIH, d'antifongique systémique, de rifampin ou d'anti-épileptiques | - Grossesse confirmée |

Renseignements cliniques : _____ Score de Wells : _____

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

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

permis obligatoire : _____ Clinique : _____

No de téléphone pour les prochaines 24 heures : _____

No de télécopieur : _____

J'ai remis une ordonnance au patient (Réf : Guide de prescription sur le site web) et me suis assuré de l'amorce du traitement en attendant la confirmation du diagnostic

J'accepte que les procédures diagnostiques incluses dans l'ordonnance individuelle préformatée (OIP-CEMTL-00018) soient appliquées et qu'un dosage de BHCG soit ajouté au bilan sanguin pour les femmes en âge de procréer.

Signature du médecin / IPS : _____ Date et heure : _____ (aa/mm/jj)

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

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