

Connexion à Oacis

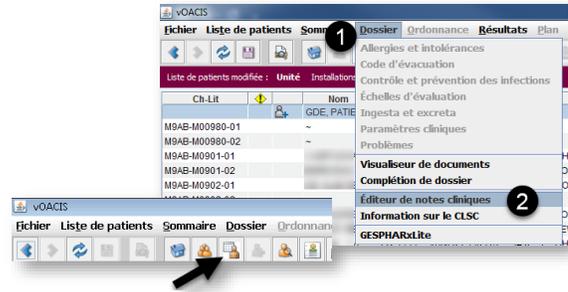


Vous trouverez l'icône Oacis dans **Applications HMR** ou dans **Applications Établissement**.

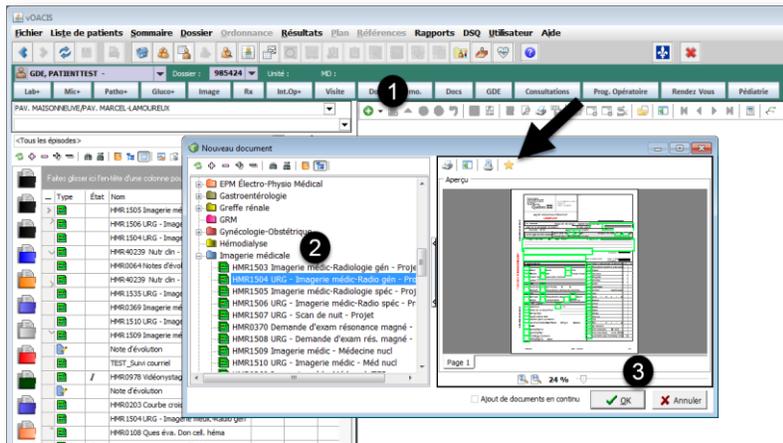


Accès à l'Éditeur de notes cliniques

- Cliquez sur et sélectionnez l'Unité de soins voulue pour **afficher la liste de tous les usagers** actuellement sur l'unité
- Sélectionnez l'usager pour le mettre en surveillance
- Allez dans **Dossier**
- Cliquez sur **Éditeur de notes cliniques**



Création d'une requête électronique



- Cliquez sur pour choisir un document
- Allez dans **Imagerie Médicale**
- Sélectionnez la requête voulue
- Appuyez sur **Ok**

★ Astuce

Ajoutez les documents utilisés fréquemment dans les **Favoris** en appuyant sur Ils seront disponibles par le raccourci

- Complétez la requête et tous les champs obligatoires en **vert**
- Signez le document en double-cliquant sur le champ signature et en inscrivant votre **mot de passe Windows**
- Enregistrez et Complétez le document avec

⚠ Attention

Il est important de **ne pas** enregistrer les documents avec Les documents enregistrés avec la disquette restent incomplets (/) et **ne sont pas exportés**.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux File de Montréal	SECTION RÉSERVÉE POUR LE CODE À BARRE	N° dossier: 985424 Nom: GDE, PATIENTTEST Nom de famille: KRI, JOE Adresse: 66565 RUE DES PATES FRAICHES, Montréal, Québec Téléphone:	Date de naissance: 1991-01-01
Hôpital Maisonneuve-Rosemont		URGENCE	Système: SIDT91010113
Tél: 514-292-3636 IMAGERIE MÉDICALE - RADIOLOGIE GÉNÉRALE			
Date de la demande d'examen: 2022-05-30 Date cible: 2022-05-30			
URGENCE - N° lit: <input type="radio"/> Hospitalisé - N° chambre: <input type="radio"/> Isolation			
Renseignements cliniques: ALLERGIE IODE <input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non Risques de chutes: <input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non			
En cas d'allergie à l'iode, l'OP2314 doit être rempli			
N° OC ou OIP: _____			
Signature du médecin référent		N° de permis: _____	
Signature du résident / PS / inf ou L.S.		Nom du médecin référent (rapport à envoyer) N° de permis: _____	

Connexion à eClinibase



Vous trouverez l'icône eClinibase dans **Applications HMR** ou dans **Applications Établissement**.



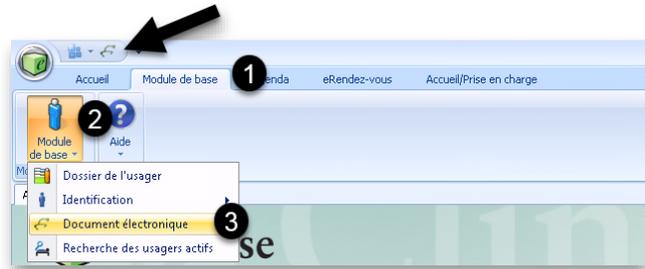
- Entrer votre identifiant et votre mot de passe **Windows**

Accès au Gestionnaire de Documents Électroniques (GDE)

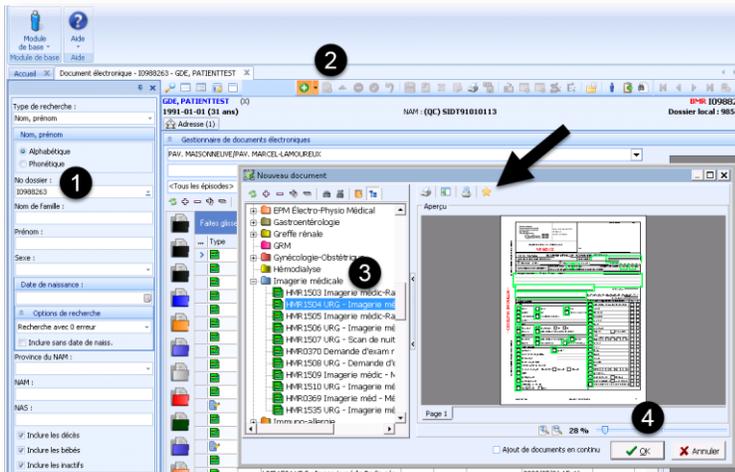
- Allez dans **Module de base**
- Sélectionnez **Document électronique**

★ Astuce

Ajoutez l'icône GDE dans la barre d'accès rapide en sélectionnant **Ajouter à la barre d'outils Accès Rapide** (clic droit de la souris sur Document électronique).



Création d'une requête électronique



- Inscrivez le No de dossier dans la section de gauche
- Appuyez sur **Rechercher**
- Cliquez sur pour choisir un document
- Allez dans **Imagerie Médicale**
- Sélectionnez la requête voulue
- Appuyez sur **Ok**

★ Astuce

Ajoutez les documents utilisés fréquemment dans les **Favoris** en appuyant sur Ils seront disponibles par le raccourci

- Complétez la requête et tous les champs obligatoires en **vert**
- Signez le document en double-cliquant sur le champ signature et en inscrivant votre **mot de passe Windows**
- Enregistrez et Complétez le document avec

⚠ Attention

Il est important de **ne pas** enregistrer les documents avec Les documents enregistrés avec la disquette restent incomplets (/) et **ne sont pas exportés**.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'île de Montréal Québec	SECTION RÉSERVÉE POUR LE CODE À BARRE	N° Dossier: 985424	Date de naissance: 1991-01-01	Sexe: X
Hôpital Maisonneuve-Rosemont		GDE - PATIENTEST		
URGENCE		N° de dossier: SID91010113		
Tél: 514-252-3535				
IMAGERIE MÉDICALE - RADIOLOGIE GÉNÉRALE				
Date de la demande d'examen: 2022-05-30		Date ciblée: asaammj		
<input type="checkbox"/> URGENCE - N° lit: <input type="checkbox"/> Hospitalisé - N° chambre: <input type="checkbox"/> Isolation				
Renseignements cliniques: ALLERGIE IODE <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non Risques de chutes: <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non				
En cas d'allergie à l'iodo, l'OP314 doit être rempli				
N° OC ou OIP: _____				
Signature du médecin référent		N° de permis: _____		
Signature du résident / inf / inf ou l.i.m.		Nom du médecin référent (rapport à envoyer): _____		
		N° de permis: _____		