



**ACCUEIL CLINIQUE  
DEMANDE D'INSCRIPTION**

Installation : CHDL

**À REMPLIR PAR LE MÉDECIN REQUÉRANT**

**Condition subaiguë**

Diagnostic / symptômes observés : \_\_\_\_\_

**Accueil clinique**

Télécopieur : 450-756-4758

Téléphone : 450-759-8222, poste 2670 (secrétariat)

Poste 2626 (ligne réservée aux médecins et infirmières)

- Priorité subaiguë A (délai 1-3 jours)
- Priorité subaiguë B (délai 3-10 jours)

Créatinine \_\_\_\_\_  $\mu\text{mol/L}$   
 Diabétique :  Oui  Non  
 Enceinte :  Oui  Non  
 Allergie à l'iode :  Oui  Non  
 Autres allergies sévères : \_\_\_\_\_

**Renseignements cliniques**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant (en lettres moulées) \_\_\_\_\_ Signature du médecin traitant \_\_\_\_\_ Numéro de permis \_\_\_\_\_

Nom de la clinique médicale \_\_\_\_\_ Téléphone/Cellulaire \_\_\_\_\_ Date (aaaa/mm/jj) \_\_\_\_\_

*Pour les cas complexes, vous pouvez communiquer avec l'infirmière de l'accueil clinique sur son téléavertisseur au 450-752-4593 avant de faire parvenir votre demande.*

**À REMPLIR PAR L'INFIRMIÈRE CLINICIENNE DE L'ACCUEIL CLINIQUE**

Date de réception de la demande à l'accueil clinique : \_\_\_\_\_

- Demande acceptée et amorce du protocole selon l'ordonnance collective indiquée.
- Demande refusée : \_\_\_\_\_  Médecin requérant avisé.

<p><b>Imagerie médicale</b></p> <p>Examen : _____ Délai : _____</p> <p>Autre : _____ Délai : _____</p> <p><b>Électrophysiologie et physiologie respiratoire</b></p> <p>Examen : _____ Délai : _____</p> <p>Autre : _____ Délai : _____</p> <p><b>Endoscopie</b></p> <p>Examen : _____ Délai : _____</p>	<p><b>Médecine nucléaire</b></p> <p>Examen : _____ Délai : _____</p> <p>Autre : _____ Délai : _____</p> <p><b>Consultation</b></p> <p>Spécialité : _____ Délai : _____</p> <p>Médecin : _____</p>
---	---

Signature de l'infirmière \_\_\_\_\_ Date et heure (aaaa/mm/jj) (hh : mm) \_\_\_\_\_

LN0408 ( )