



TR1185

**REQUÊTE : DEMANDE DE SERVICES
ACCUEIL CLINIQUE**

Protocole médical visé:

- CAR-1** Angine typique depuis deux mois ou moins **CAR-2** Suspicion de fibrillation auriculaire*
- CGE-1** Colique hépatique récidivante **URO-1** Colique néphrétique **GYN-1** Saignement 1er trimestre
- GAS-1** Hématémèse/ méléna **GAS-2** Rectorragie **MDI-1** Thrombophlébite du membre inférieur

* Veuillez indiquer le calcul du score CHADS2 (dans la section «Renseignements pertinents obligatoires »).

Renseignements pertinents obligatoires:

Allergies : Oui Non
(Si oui préciser) : _____

Diabétique : Oui Non

Anticoagulothérapie : Oui Non

* Grille de calcul : SCORE CHADS2

Protocole médical visé : CAR-2		Score	Calcul du score
C	Insuffisance cardiaque congestive	1	
H	Hypertension	1	
A	Âge \geq 75 ans	1	
D	Diabète	1	
S	AVC ou ICT (antérieur)	2	
Total:			

Médecin requérant : _____ # licence : _____
(Lettres moulées)

Signature : _____ Date : ____/____/____

Nom du médecin de famille : _____
(Lettres moulées)

Responsable du suivi : Médecin requérant
 Si différent (inscrire le nom) : _____
(Lettres moulées)

N^o.Téléphone : _____ N^o.Télécopieur : _____

Coordonnées de la clinique (médecin requérant) :

Clinique : _____

N^o.Téléphone : _____

N^o.Télécopieur : _____

Accueil clinique

Téléphone : 819-697-3333, poste 64174

Télécopieur : 819-371-5046