Centre de santé et de services sociaux
du Lac-des-Deux-Montagnes

N° dossier : (si dossier existant)	
N° RAMQ	
Nom	
Prénom	
N° tél. principal	
N° tél. secondaire	

PROGRAMME ACCUEIL CLINIQUE

Demande de rendez-vous

N°de téléphone :	450 473-6811, poste 2446
N°de télécopieur :	450 473-2704

Situation subaiguë

Diagnostic :					
N° ordonnance collective (exemple : micro-1)	☐ CA-1 ☐ CA-2 ☐ CH-1 ☐ CH-2	☐ GASTRO-1 ☐ GASTRO-2 ☐ GYN-1	☐ MÉD-INT-1 ☐ MÉD-INT-2 ☐ MÉD-INT-3 ☐ MÉD-INT-4	☐ MICRO-1 ☐ NEURO-1 ☐ ORL-1	☐ URO-1 ☐ URO-2 ☐ URO-3 ☐ URO-4

Renseignements cliniques :

Score ABCD² pour les références (neuro) :

Score de Wells pour les références pour TPP :

J'ai pensé de remettre la prescription médicale (si nécessaire) à l'usager ☐

- ✓ Signature du médecin :……..
- ✓ Numéro de pratique : …….
- ✓ Date et heure : ……
- ✓ Coordonnées de la clinique du médecin requérant : ……
  ……
- ✓ Numéro de télécopieur de la clinique du médecin requérant :
  ……

ÉTAMPE MÉDECIN

- ✓ **SI L'USAGER PROVIENT DE L'URGENCE ou d'une CLINIQUE SANS RENDEZ-VOUS:** ***Nom du médecin de famille de l'usager et nom de la clinique :……..***