



MRC1183

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE POUR L'ACCUEIL CLINIQUE HGJ  
Colique hépatique

JGH CLINICAL ACCESS SERVICE REFERRAL FORM  
Biliary Colic

Nom de famille/Family name

No de dossier/Record No

Prénom/First name

Date de naissance/Date of birth

Téléphone/Telephone

No R.A.M.Q./Medicare No

Adresse/Address

À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN/IPS DEMANDEUR / TO BE COMPLETED BY THE REFERRING PHYSICIAN/NP

CONTRE-INDICATIONS SPÉCIFIQUES : Diriger le patient vers l'Urgence en présence d'un ou des symptômes ou d'une des conditions suivantes

SPECIFIC CONTRAINDICATIONS : Send patient to Emergency Department if any of these symptoms or conditions are present

- Fièvre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ , pouls  $\geq 100/\text{min}$ , FR  $\geq 28/\text{min}$ , SpO<sub>2</sub>  $\leq 92\%$  / Fever  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ , pulse  $\geq 100/\text{min}$ , RR  $\geq 28/\text{min}$ , SpO<sub>2</sub>  $\leq 92\%$
- Altération de l'état de conscience / Altered level of consciousness
- Historique de douleur de  $> 6$  semaines / Pain lasting  $> 6$  weeks
- Douleur depuis  $> 12$  heures non soulagée avec analgésique / Pain for  $> 12$  hours unrelieved with analgesics
- $> 4$  épisodes de douleur au cours des dernières 2 semaines /  $> 4$  episodes of pain in the last 2 weeks
- Troubles hépatiques ou coagulopathie / Liver disease or coagulopathy
- Actuellement enceinte / Currently pregnant

INDICATIONS SPÉCIFIQUES / SPECIFIC INDICATIONS :

- Répond aux critères généraux d'admissibilité de l'Accueil clinique / Meets general eligibility criteria of the Clinical Access Service
- Présence de signes cliniques de colique hépatique : douleur intermittente du quadrant supérieur droit ou épigastrique qui perdure 30 minutes à quelques heures après un repas riche en graisses; associée à des nausées et vomissements; afebrile / Presence of clinical signs of biliary colic: intermittent right upper quadrant or epigastric pain lasting 30 minutes to a few hours following fatty meals; associated with nausea and vomiting; afebrile

Information Clinique (Obligatoire) / Clinical History (Mandatory) : \_\_\_\_\_

VEUILLEZ COCHER ET SIGNER CE  
FORMULAIRE

PLEASE TICK OFF AND SIGN THIS REFERRAL

Je prescris les procédures diagnostiques incluses  
dans l'Ordonnance individuelle standardisée

I prescribe all the clinic investigations included in this  
Standardized Individual Prescription

Ordonnance individuelle standardisée  
Standardized Individual Prescription

SVP voir l'algorithme spécifique à la condition

Please refer to the condition specific algorithm

- ✓ Bilan sanguin / Blood tests :  
FSC/CBC, Na, K, Cl, Bicarb, Urée/Urea, Créat/Creat, Glucose,  
LFT, Amylase, (βhCG), (PTT, INR)
- ✓ Examen diagnostique / Diagnostic test :  
Échographie / Ultrasound
- ✓ Consultation spécialisée / Specialized consultation :  
Chirurgie générale / General Surgery

IDENTIFICATION DE MÉDECIN/IPS DEMANDEUR / IDENTIFICATION OF THE REFERRING PHYSICIAN/NP

Nom et prénom du médecin/IPS demandeur (lettres moulées) /  
Name and first name of referring physician/NP (printed letters)

Signature

No de permis / License No

Téléphone / Telephone

Télécopieur / Fax

Clinique – GMF – UMF – autre / Clinic – GMF – UMF – other

Courriel professionnel / Professional  
e-mail

ÉTAMPE / STAMP

MD/IPS qui accepte de faire le suivi de l'investigation demandée (si différent) / MD/NP who agrees to follow patient during investigation (if different) :

Nom et prénom / Name and first name

Téléphone / Telephone

Télécopieur / Fax

Télécopieur/ Fax : 514-340-8036 | Courriel / Email : accueil.clinique.ccomti@sss.gouv.qc.ca | Téléphone / Phone: 514-340-8222 (22324)