



FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE POUR L'ACCUEIL CLINIQUE HGJ
Suspicion de diverticulite

JGH CLINICAL ACCESS SERVICE REFERRAL FORM
Suspected Diverticulitis

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 / INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE (IPS) DEMANDEUR /
TO BE COMPLETED BY THE REFERRING PHYSICIAN / NURSE PRACTITIONER (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 one or more of these symptoms or conditions are present

- ☐ Fièvre $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$, pouls $\geq 100/\text{min}$, FR $\geq 28/\text{min}$, $\text{SpO}_2 \leq 92\%$ / Fever $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$, pulse $\geq 100/\text{min}$, RR $\geq 28/\text{min}$, $\text{SpO}_2 \leq 92\%$
- ☐ TA systolique $< 100 \text{ mmHg}$ / BP systolic $< 100 \text{ mmHg}$
- ☐ Altération de l'état de conscience / Altered level of consciousness
- ☐ Historique de douleur de plus de 3 semaines / Pain lasting more than 3 weeks
- ☐ Abdomen aigu / Acute abdomen
- ☐ Hématurie importante / Gross hematuria
- ☐ Vomissement, incapacité à maintenir une hydratation orale / Vomiting, inability to maintain oral hydration
- ☐ Diarrhée persistante (≥ 2 semaines) / Persistent Diarrhea (≥ 2 weeks)
- ☐ Immunosupprimé : chimiothérapie en cours; sous traitement stéroïdien chronique (tel que prednisone $> 10 \text{ mg po die}$); greffe / Immunocompromised: ongoing chemotherapy; chronic steroid treatments (such as prednisone $> 10 \text{ mg po die}$); transplant
- ☐ Enceinte / 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 diverticulite : douleur persistante au niveau de la fosse iliaque gauche $\geq 24\text{h}$ / Presence of clinical signs of diverticulitis: persistent pain at left iliac fossa $\geq 24\text{h}$

Informations cliniques pertinentes (inclure antécédents de diverticulite et copie de colonoscopie si disponible) / Useful clinical information (include previous history of diverticulitis and copy of last colonoscopy if available):

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 clinical 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,
CRP, BhCG (♀ en âge de procréer) / BhCG (♀ of childbearing age)
- ✓ Examen diagnostique / Diagnostic test:
Tomodensitométrie (TDM) abdomino-pelvienne, coloscopie /
Abdominopelvic CT scan, colonoscopy
- ✓ Consultation spécialisée / Specialized consultation:
Nutritionniste, Chirurgie colorectale / Nutritionist, Colorectal Surgery
Formulaire colonoscopie AH-702 / Colonoscopy referral AH-702

IDENTIFICATION DU 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)

X
Signature

No de permis / License Number

Numéro de téléphone / Phone Number

Télécopieur / Fax

Clinique - GMF - UMF - autre / Clinic - GMF - UMF - other

Date et heure / Date and Time

ÉTAMPE MÉDECIN / STAMP MD

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 (Lettres moulées) / Name and first name (printed letters)

Numéro de téléphone / Phone Number

Télécopieur / Fax

No de permis / License Number

Date et heure / Date and Time