



FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE POUR L'ACCUEIL CLINIQUE HGJ

Accident ischémique transitoire (AIT) suspecté s'étant manifesté
il y a plus de 48 heures et moins de 14 jours

JGH CLINICAL ACCESS SERVICE REFERRAL FORM

Suspected Transient Ischemic Attack (TIA) having occurred
more than 48 hours ago and less than 14 days ago

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 votre usager vers l'Urgence en présence des symptômes suivants ou d'une des conditions suivantes et/ou si l'évènement a eu lieu il y a moins de 48 heures / SPECIFIC CONTRAINDICATIONS : Send your user to Emergency Department if one or more of these symptoms or conditions are present and/if the event happened less than 48 hours.

Symptômes neurologiques persistants (symptômes non résolus dans un délai d'une heure) / Persistent stroke symptoms (symptoms have not resolved fully within 1 hour)

- Fièvre $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ / Fever $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$
- Instabilité hémodynamique (hypotension, tachycardie, perte de connaissance) / Hemodynamic instability (hypotension, tachycardia, loss of consciousness)
- Douleur thoracique / Chest pain
- Symptômes d'AIT et nouvelle/connue fibrillation auriculaire (FA) avec/sans anticoagulant / TIA symptoms with new/known atrial fibrillation (A-fib) treated with/without anticoagulant

INDICATIONS SPÉCIFIQUES : / SPECIFIC INDICATIONS :

- Faiblesse unilatérale transitoire du visage, du bras ou de la jambe / Transient unilateral weakness of face, arm or leg
- Perte de vision monoculaire transitoire / Transient monocular blindness
- Trouble de langage réceptif ou expressive transitoire / Transient aphasia or dysarthria

Répond aux critères généraux d'admissibilité de l'Accueil clinique / Meets general eligibility criteria of the Clinical Access Service

Date de l'AIT suspecté / Date of the suspected TIA _____

Un traitement antiplaquettaire a-t-il été initié ? Has antiplatelet therapy been initiated?

Oui / Yes ASA PLAVIX **Date:** / / Non / No

OBLIGATOIRE : Brève description clinique de l'épisode d'AIT suspecté / MANDATORY Brief clinical history of the suspected TIA episode.

VEUILLEZ COCHER ET SIGNER AU BAS DU FORMULAIRE / PLEASE TICK OFF AND SIGN AT THE BOTTOM OF THIS REFERRAL

J'accepte les procédures diagnostiques incluses dans l'ordonnance individuelle standardisée / I accept all clinical investigations included in this Standardized Individual Prescription.

Ordonnance individuelle standardisée
Standardized Individual Prescription

- ✓ Bilan sanguin / Blood test: FSC/CBC, CK/CK, HBA1C/HBA1C, PTT, INR, Na, K, Urée/Urea, Créat/Creat, Glucose, Lipides/Lipids, PCR/CRP
- ✓ Examens diagnostiques / Diagnostic test: ECG/ECG, CT cérébral/ Head CT, Doppler carotide / Carotid Doppler, CT angiographie (situation exceptionnelle, avec accord du neurologue) / CT angiography (exceptional cases, with neurologist approval)
- ✓ Consultation spécialisée / Specialized consultation: Neurologie / Neurology

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)

Signature

No de permis / License No

Téléphone en cas d'urgence / Emergency Telephone

Télécopieur / Fax

Courriel professionnel / Professional email

Étampe médecin / Stamp MD

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

 / /
Date et heure / Date and Time

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

Courriel professionnel / Professional email

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

Heures d'ouverture du lundi au vendredi de 8h00 à 16h00, fermée les fins de semaine et jours fériés / Opening hours Monday to Friday from 8 :00 a.m. to 4 :00 p.m., closed on weekends and holidays