



FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE POUR L'ACCUEIL CLINIQUE HGJ

Hématurie macroscopique asymptomatique

JGH CLINICAL ACCESS SERVICE REFERRAL FORM

Asymptomatic Macroscopic Hematuria

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 DE L'ACCUEIL CLINIQUE HGJ / JGH CLINICAL ACCESS SPECIFIC CONTRAINDICATIONS:

- Fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$, pouls $\geq 100/\text{min}$, FR $\geq 28/\text{min}$, SpO₂ $\leq 92\%$ / Fever $\geq 38^{\circ}\text{C}$, pulse $\geq 100/\text{min}$, RR $\geq 28/\text{min}$, SpO₂ $\leq 92\%$
- Hématurie macroscopique avec caillot / Gross hematuria with clots
- Dysurie importante ou oligurie / Significant dysuria or oliguria
- Douleur abdominale, pelvienne ou du flanc aigüe non soulagée avec analgésique oral / Acute abdominal, pelvic or flank pain not controlled with oral analgesics
- Globe vésicale ou rétention urinaire / Palpable full bladder or urinary retention
- Histoire de cancer urologique / History of urological cancer
- 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 d'hématurie franche sans exercice récent, sans menstruation, sans activité sexuelle, sans trauma et sans exploration instrumentale récente / Presence of frank hematuria without recent exercise, menses, sexual activity, trauma or instrumentation

Informations cliniques pertinentes / Useful clinical information : _____

Facteurs de risques / Risk factors : ☐ Tabagisme (ou histoire) / Smoker (or history) _____ (quantité/durée / quantity/duration)
☐ ≥ 40 ans / ≥ 40 years old

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

☐ Je prescris les procédures diagnostiques incluses
dans cette 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

Analyse des urines / Urine analysis : Culture d'urine / Urine culture, Cytologie / Cytology
Bilan sanguin / Blood test: FSC / CBC, Na, K, Bicarb, Urée / Urea, Créat / Creat, DFGe/eGFR, PTT, INR, 8hCG
Examen diagnostique / Diagnostic test: CT Urographie / CT Urography Échographie abdo-pelvienne/
abdo-pelvic ultrasound
Consultation spécialisée / Specialized consultation: Urologie / Urology, Néphrologie / Nephrology
Tests spéciaux de laboratoire / Special labs: ANCA, ANA, C3 & C4 compléments;
Anti-dsDNA, Dépistage ASO / ASO screen, immunoglobulines IGS / IGS immunoglobulins
Tests urinaires supplémentaires / Additional urine tests : Albumine urinaire : ratio créatinine
Protéine urinaire: ratio créatinine / Urine Albumin: creatinine ratio; Urine protein: creatinine ratio

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

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 / Name and first name

Téléphone / Telephone

Télécopieur / Fax

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