



**FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE POUR
L'ACCUEIL CLINIQUE HGJ**
Hématurie microscopique asymptomatique
JGH CLINICAL ACCESS SERVICE REFERRAL FORM
Asymptomatic Microscopic 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 $\leq 92\%$
- Dysurie importante / Significant dysuria
- Douleur abdominale, pelvienne ou du flanc aigüe non soulagée avec analgésique oral / Acute abdominal, pelvic or flank pain not controlled with oral analgesics
- 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 de sang dans 2 analyses d'urine, sans exercice récent, sans menstruation, sans activité sexuelle et sans exploration instrumentale récente / Presence of blood in 2 different urinalysis results, without recent exercise, menses, sexual activity or instrumentation urinary tract exploration

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 : Microscopie / Microscopy, Culture, Cytologie / Cytology
Bilan sanguin / Blood test: FSC / CBC, Na, K, Cl, Bicarb, Urée / Urea, Créat / Creat, PTT, INR, B_hCG
Examen diagnostique / Diagnostic test: 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)