



FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE POUR L'ACCUEIL CLINIQUE HGJ

Saignement vaginal durant le 1^{er} trimestre de grossesse
(< 12 semaines)

JGH CLINICAL ACCESS SERVICE REFERRAL FORM

First Trimester Vaginal Bleeding (< 12 weeks)

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 d'un ou plusieurs des symptômes ou d'une des conditions suivantes / SPECIFIC CONTRAINDICATIONS : Send your user to Emergency Department if one or more of these symptoms or conditions

- 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 $\leq 92\%$
- Saignements > 1 serviette souillée / heure pour 3 heures consécutives / Bleeding > 1 soaked sanitary napkin/hour for 3 hours consecutively
- Douleur abdominale aigüe non soulagée avec analgésique oral / Acute abdominal pain unrelieved with oral analgesics
- Étourdissement ou syncope / Dizziness or syncope
- Sous anticoagulation thérapeutique / On therapeutic anticoagulation

*Si votre patiente est entre 12-19 semaines de grossesse avec saignements vaginaux, SVP la référer à l'échographie obstétricale et si votre patiente est enceinte de > 19 semaines de grossesse, SVP la référer au Centre familial des naissances de l'HGJ

*If your patient is between 12-19 weeks pregnant and has vaginal bleeding, please refer her to Obstetrical Ultrasound and if your patient is > 19 weeks pregnant, please refer her to the JGH Family Birthing Center

REDIRIGER VERS LA CLINIQUE EPAC (clinique d'évaluation de grossesse au 1^{er} trimestre) SI L'ECHOGRAPHIE FORMELLE MONTRE : / REDIRECT TO EPAC (early pregnancy assessment clinic) IF FORMAL U/S SHOWS : Télécopieur / Fax: 514-340-7941

- Grossesse arrêtée/non-viable / Non-viable/failed/ arrested pregnancy
- Grossesse extrautérine / Ectopic pregnancy
- Hématomes sous-choriaux symptomatiques / Symptomatic subchorionic hematomas
- Patiente a reçu cytotec / Patients who received cytotec
- Grossesse de localisation indéterminée / Pregnancy of unknown location (PUL)

INDICATIONS SPÉCIFIQUES: / SPECIFIC INDICATIONS :

- ☐ Répond aux critères généraux d'admissibilité de l'Accueil clinique / Meets general eligibility criteria of the Clinical Access Service
- ☐ Grossesse de < 12 semaines avec saignement vaginal / Pregnancy < 12 weeks with vaginal bleeding

Date des dernières menstruations / Date of last menstruation: _____ I G _____ P _____ A _____

Informations cliniques pertinentes / Useful clinical information : _____

BHCG

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

SVP voir l'algorithme spécifique à la condition
Please refer to the condition specific algorithm

- ✓ Bilan sanguin / Blood test:
FSC/CBC, BhCG (pourrait être répété/may be repeated),
typage et dépistage/Type & Screen
- ✓ Examen diagnostique / Diagnostic test:
Échographie (pourrait être répété) / Ultrasound (may be repeated)
- ✓ Consultation spécialisée / Specialized consultation:
Gynécologie / Gynecology

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 / 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)