



**FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE POUR L'ACCUEIL CLINIQUE HGJ
SUSPICION DE THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE (TVP)**

JGH CLINICAL ACCESS SERVICE REFERRAL FORM
SUSPECTED DEEP VEIN THROMBOSIS (DVT)

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 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 are present

- Fièvre 38°C, pouls 100/min, RR 28/min, SaO2 92% / Fever 38°C, pulse 100/min, RR 28/min, SpO2 92%
- Hémorragie cérébrale < 3 mois / Cerebral hemorrhage < 3 months
- Présentement sous anticoagulothérapie depuis > 1 semaine/ Currently on an anticoagulant for > 1 week
- Troubles hépatiques ou coagulopathie / Liver disease or coagulopathy
- Douleur aigüe non soulagée avec analgésique / Acute pain unrelieved with analgesic
- Présentement enceinte / Currently pregnant
- Sous hémodialyse / On hemodialysis
- Douleur thoracique / dyspnée subite ou douleur pleurétique ou hémoptysie / Chest pain/sudden dyspnea or pleuritic pain or hemoptysis
- Membre froid et pâle ou présentant une paresthésie / Cold and pale limb or presence of paresthesia

INDICATIONS SPÉCIFIQUES / SPECIFIC INDICATIONS :

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

Le score de Wells et un diagnostic alternatif* sont indiqués sur le formulaire de référence / The Wells Score and alternative diagnosis are indicated on the referral form

SITE À INVESTIGER / SITE TO BE INVESTIGATED: Membre inférieur / Lower extremity Droit / Right Gauche / Left

Informantion Clinique (Obligatoire) / Clinical History (Mandatory) :

Anticoagulation : oui / yes non / no

Si, oui / if yes : médicament / medication _____ ; dosage/dose : _____ ; durée/duration _____ jours/days ; D- Dimer : _____

SCORE WELLS / WELLS SCORE

Cancer évolutif, traitements ou soins palliatifs au cours des 6 derniers mois / Active cancer, treatment or palliation within 6 months	1 point <input type="checkbox"/>
Paralysie, parésie ou immobilisation récente des membres inférieurs / Paralysis, paresis or recent orthopedic casting of lower extremity	1 point <input type="checkbox"/>
Alitement récent ≥3 jours ou intervention chirurgicale majeure dans les 4 dernières semaines / Recent bedridden ≥ 3 days or major surgery within past 4 weeks	1 point <input type="checkbox"/>
Douleur à la pression sur le trajet du système veineux profond / Localized tenderness along the deep venous system	1 point <input type="checkbox"/>
Œdème de tout le membre inférieur / Entire lower extremity swollen	1 point <input type="checkbox"/>
Gonflement du mollet de > 3 cm par rapport au membre sain (mesurer 10 cm sous tubérosité tibiale) Calf swelling of > 3 cm compared to the other leg (measured 10 cm below tibial tuberosity)	1 point <input type="checkbox"/>
Œdème à godet plus important sur membre atteint / Pitting edema, confined to symptomatic leg	1 point <input type="checkbox"/>
Veines collatérales superficielles non variqueuses / Collateral non varicose superficial veins	1 point <input type="checkbox"/>
Antécédent TVP documentée / Previously documented DVT	1 point <input type="checkbox"/>
Diagnosics différentiels / Alternative diagnosis : étirement et déchirure musculaire, lymphangite-obstruction inguinal, insuffisanceveineuse chronique-varicosité, kyste de Baker, cellulite, autres / muscle tear or damage, obstructive inguinal lymphadenopathy, chronic venous insufficiency, varicose veins, Baker's cyst, cellulitis, other	-2 points <input type="checkbox"/>
*Indiquer diagnostic alternatif/ *Indicate alternative diagnosis : _____	
TOTAL	

SVP compléter la 2^{ème} page avant d'envoyer ce document / Please complete the 2nd page before sending this document



Nom de famille/Family name

No de dossier/Record No

Prénom/First name

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 tests:
D-dimère/D-dimer, Créat/Creat, FSC/CBC, PTT, INR, BhCG
- ✓ **Examen diagnostique** / Diagnostic test:
Doppler veineux / Venous Doppler
- ✓ **Consultation spécialisée** / Specialized consultation :
Médecine Thrombose / Thrombosis Medicine

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

Étampe médecin / Stamp MD

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

Courriel professionnel / Professional Email

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.ccomt@ssss.gouv.qc.ca | Téléphone / Phone: 514-340-8222 (22324)