



N° DE DOSSIER : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

Installation : \_\_\_\_\_

**DEMANDE DE RÉFÉRENCE  
ACCUEIL ET ORIENTATION CLINIQUE (AOC)**

**HÔPITAL DE HULL** Télécopieur : 819 966-6178 [07.accueil\\_clinique@ssss.gouv.qc.ca](mailto:07.accueil_clinique@ssss.gouv.qc.ca) Téléphone : 819 966-6127

**CONDITION SUBAIGUË**

Protocole/diagnostic : \_\_\_\_\_

Nom/numéro de l'ordonnance collective : \_\_\_\_\_

Priorité :  Subaiguë A (1 à 4 jours)

Subaiguë B (4 à 14 jours)

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

**SCAN À VENIR (si applicable)**

Créatinine : \_\_\_\_\_

Allergie à l'iode ou autre allergie sévère  Oui  Non

Signature du référent : \_\_\_\_\_ Date (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Heure (hh:mm) : \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Nom en lettre moulées : \_\_\_\_\_ Numéro de licence : \_\_\_\_\_

Provenance : \_\_\_\_\_

**Espace réservé à l'AOC**

Date et heure de réception : (aaaa/mm/jj) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (hh:mm) : \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Inclusion

Exclusion

Signature de l'infirmière clinicienne : \_\_\_\_\_

Date (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Heure (hh:mm) : \_\_\_\_ : \_\_\_\_