



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 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) : ____ : ____