

ÉVALUATION DES CRITÈRES DES CLINIQUES DÉSIGNÉES D'ÉVALUATION (CDE)

INFORMATION PATIENT		
Nom, prénom :	Date de naissance :	
Adresse complète :		
Adresse courriel :	No. de téléphone :	
Nom, prénom du père :		
Nom, prénom de la mère :		
Numéro d'assurance-maladie / date exp :		
INFORMATION DU PROFESSIONNEL SOIGNANT		
Nom et numéro de pratique du professionnel référent :		
Coordonnées de la clinique :		
No. de télécopieur :	Téléphone ligne directe :	
Répond aux critères de référence en CDE ? (inscrire Oui ou Non)	RLS DLL	H4N- H4T- H8N- H8P- H8R- H8S -H8T- H9P- H9S
	RLS ODI	H8Y- H8Z- H9A- H9B-H9CH9E-H9G- H9H- H9J-H9K- H9R-H9X-H9W

Étampe

CRITÈRES DE RÉFÉRENCE EN CDE (Obligatoire)
<p>Au moins un des critères 1 à 4 (cocher toutes les cases répondants aux critères) :</p> <p><input type="checkbox"/> Tout symptôme infectieux des sphères ORL, respiratoire ou d'allure grippale (incluant anosmie et agueusie) ;</p> <p><input type="checkbox"/> Tout symptôme GI (vomissements, diarrhées, inappétence, nausées);</p> <p><input type="checkbox"/> Test COVID + confirmé (actif);</p> <p><input type="checkbox"/> Patient à qui on a demandé d'être en quarantaine, contact étroit avec un cas confirmé ou suspecté de COVID en attente de résultat.</p> <p>Les deux critères suivants (cocher toutes les cases répondant aux critères) :</p> <p><input type="checkbox"/> Après téléconsultation avec clinicien référent : NÉCESSITE évaluation en personne;</p> <p><input type="checkbox"/> Absence de critère de référence à l'urgence (ex : pas de risque d'instabilité, personne âgée avec atteinte de l'état général...).</p>

SVP, joindre une copie de la note de téléconsultation du référent au formulaire de référence.

****Veuillez faire parvenir ce formulaire aux numéros de télécopieur suivants :**

CDÉ Cité médicale Lachine : fax 514-634-7147

CDÉ ODI : fax: 514-459-0334