

INFORMATION SUR LE PATIENT Nom, DDN, NAM, Adresse, téléphone, autre contact, traducteur requis

MÉDECIN DE SOINS PRIMAIRE/INFORMATION LIÉE

À L'IP Nom, téléphone, télécopieur, CC/Indiquer si différent du médecin de famille

DEMANDE D'INFORMATIONS SUR LE DR/L'IP

Nom, téléphone, télécopieur

**INDIQUER CLAIREMENT UNE RAISON POUR L'ORIENTATION
(CLEARLY STATE A REASON FOR REFERRAL)**

Diagnostic, prise en charge et/ou traitement
Problème lié à la procédure/Transfert de soins
Le patient connaît-il la raison de l'orientation?

**RÉSUMÉ DE LA SITUATION ACTUELLE DU PATIENT
(SUMMARY OF PATIENT'S CURRENT STATUS)**

Stable, aggravation ou urgent/émergent
Selon vous, que se passe-t-il?
Attentes du patient
Apparition/durée des symptômes
Principaux symptômes et résultats/Tout signal d'alarme

**CONSTATATIONS ET/OU ENQUÊTES PERTINENTES
(RELEVANT FINDINGS AND/OR INVESTIGATIONS)**
(Résultats pertinents en annexe) (Pertinent results attached)

Ce qui a été fait et est disponible Ce qui a été commandé et est en attente

**PRISE EN CHARGE ACTUELLE ET PASSÉE
(CURRENT AND PAST MANAGEMENT)**
(Liste avec résultats) (List with outcomes)

Aucun
Traitement(s) infructueux/réussi(s)
Consultations antérieures ou parallèles pour ce problème

COMORBIDITÉS (COMORBIDITIES)

Antécédents médicaux
Problèmes médicaux concomitants pertinents

- Énumérer les autres médecins/IP engagés dans les soins en cas d'affections à long terme

 Médicaments actuels et récents

- Nom, posologie, base PRN

 Allergies/Avertissements et défis

Liste de vérification de poche pour orientation de qualité
Pour recevoir plus de listes de vérification, veuillez envoyer un courriel à access.ereferral@ahs.ca
Pour obtenir de plus amples informations, visitez www.ahs.ca/QuRE

INFORMATION SUR LE PATIENT Nom, DDN, NAM, Adresse, téléphone, autre contact, traducteur requis

DEMANDE D'INFORMATIONS SUR LE DR/L'IP Nom, téléphone, télécopieur, CC/Indiquer si différent du médecin de famille

INFORMATIONS SUR LA CONSULTATION AVEC LE DR/L'IP
Nom, téléphone, télécopieur

BUT DE LA VISITE (PURPOSE OF CONSULTATION)

Date de réception de la demande et date de consultation du patient
Diagnostic, prise en charge et/ou traitement
Problème liés à la procédure/Transfert de soins/Urgence

CONSIDÉRATIONS DIAGNOSTIQUES (DIAGNOSTIC CONSIDERATIONS)

Selon vous, que se passe-t-il?
• *Définitif/provisoire/différentiel*
Pourquoi? (Expliquez la raison sous-jacente)
Quoi d'autre est pertinent pour la direction?

PLAN DE PRISE EN CHARGE (MANAGEMENT PLAN)

Objectifs et options de traitement et de prise en charge
Traitement et prise en charge recommandés
• *Justifications/Bénéfices anticipés et blessures potentielles*
• *Plans d'urgence pour événement(s) indésirable(s)/échec du traitement*
Conseils donnés/Action(s) prise(s)
Situation(s) pouvant entraîner un examen plus précoce

DISPOSITIONS DE SUIVI (Qui fait quoi et quand) (FOLLOW-UP ARRANGEMENTS (Who does what and when))

Indiquez la responsabilité assignée pour :

- *Organiser la réévaluation et les délais suggérés*
- *Changements de médicaments (clarifier si le changement a été fait ou s'il s'agit seulement d'une suggestion)*

Enquêtes plus poussées

- *Recommandations*
- *Responsabilité de la commande, de l'examen et de la notification du patient*

Liste de vérification de poche pour consultation de qualité
Pour recevoir plus de listes de vérification, veuillez envoyer un courriel à access.eref@ahs.ca
Pour obtenir de plus amples informations, visitez www.ahs.ca/QURE