FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE POUR LES VICTIMES DE TRAUMATISME CRANIOCÉRÉBRAL LÉGER DE LA MONTÉRÉGIE

COORDONNÉES DE LA CLINIQUE

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____ App : ____

Ville : _____ Code postal: _____

RAMQ : _____ Exp : _____

Date de naissance : _____/____/____ ☐ M ☐ F
Année / Mois / jour

☏ Domicile : (_____)_____ ☏ Cellulaire : (_____)_____ ☏ Travail : (_____)_____

Identification du référant

Nom du médecin référant : _____ Clinique / Établissement : _____

Ville : _____ Téléphone : _____ Fax : _____

Consentement de l'usager

J'autorise la Clinique _____ à référer mon dossier à l'hôpital Charles-LeMoyne pour un suivi clinique. J'accepte d'être contacté par l'hôpital Charles-LeMoyne pour ce suivi et que l'information du suivi soit communiquée au médecin référant.

_____ _____ _____ Date : _____/____/____
Signature (usager ou personne autorisée) Signature du témoin Titre Année / Mois / Jour

Description de l'événement

Date : _____/____/____ Heure : ____ : ____
Année / Mois / Jour h m

Diagnostic confirmé : TCC léger ☐

Description brève de l'événement (cinétique du trauma)

_____

_____

_____ /15 Échelle de Coma de Glasgow ambulancier ☐ N/D

_____ /15 Échelle de Coma de Glasgow à l'urgence ☐ N/D

Perte de conscience		☐ Non	☐ Oui Témoin : ☐ Non ☐ Oui Durée : min
Amnésie rétrograde ou antérograde		☐ Non	☐ Oui Durée : _____
Autres blessures		☐ Non	☐ Oui _____
Signes neurologiques transitoires		☐ Non	☐ Oui _____
Confusion ou altération de l'état de conscience		☐ Non	☐ Oui _____
Consommation :	Alcool	☐ Non	☐ Oui _____
	Médicaments	☐ Non	☐ Oui _____
	Drogue	☐ Non	☐ Oui _____

Tomodensitométrie cérébrale faite le : _____/____/____ Résultat : _____
Année / Mois / Jour

_____ _____ _____/____/____
Signature du médecin N° permis Année / Mois / Jour

Une fois complétée, télécopier ce formulaire avec la documentation clinique pertinente (feuille de triage, rapport d'intervention pré hospitalière, notes médicales et notes de l'infirmière) au Programme de traumatologie de l'hôpital Charles-LeMoyne 🖷 450 466-5432