

**ACCUEIL CLINIQUE**  
**Suspicion de diverticulite**

Nom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Dossier : \_\_\_\_\_

**Vous pouvez communiquer avec l'infirmière de l'Accueil Clinique du lundi au vendredi de 8h à 16 h**  
**Téléphone : 418-338-7777, poste 57763      Télécopieur : 418-338-7762**

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ Allergie (s) : \_\_\_\_\_

Renseignements cliniques pertinents : \_\_\_\_\_

**ORDONNANCE MÉDICALE**

1. **Prélèvements sanguins** (délai < 24 h)      FSC, ions, créatinine, glycémie, bilan hépatique, PCR,  
SMU, DCA urinaire, BHCG (si femme en âge de procréer)

Autres : \_\_\_\_\_

2. **Épreuve diagnostique** : TDM abdomino-pelvien      (Délai < 24 h)

3. **Si diagnostic de diverticulite simple se confirme :**

- Demande consultation en nutrition d'ici 1 semaine
- Envoyer demande de coloscopie longue (**formulaire AH-702 DT 9241**), pré remplie par médecin référent, avec délai entre 6 et 8 semaines post diverticulite ( si pas de coloscopie depuis >2 ans )

4. **Retour au médecin référent**

Signature du médecin : \_\_\_\_\_ # de permis : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Médecin qui accepte de faire le suivi de l'épisode (si différent) : \_\_\_\_\_

Coordonnées : \_\_\_\_\_