



Secteur La Source  
Secteur Orléans  
Secteur Haute St-Charles

## ORIENTATION POUR SUIVI MÉDICAL

CONSULTATION      URGENTE  
                                 NON URGENTE

## Identification du l'utilisateur

DATE :  
NO DOSSIER :  
NOM ET PRÉNOM :  
DATE DE NAISSANCE :      Âge :

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Au médecin traitant : \_\_\_\_\_

### Nous vous référons la personne ci-dessus mentionnées pour :

- Investigation et suivi médical à la suite d'un résultat de dépistage positif de : \_\_\_\_\_
- Investigation et suivi d'un problème de santé décelé lors de l'intervention de dépistage.
- Contact avec une personne atteinte de : \_\_\_\_\_

Nom, prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Autre numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Nous avons reçu cette personne dans le cadre du programme de dépistage des ITSS. Nous avons effectué les interventions suivantes auprès de cette personne.

- Counselling ITSS
- Dépistage des ITSS
- IPPAP (Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITSS et de leurs partenaires)
- Contraception
- Vaccination

(Précisez la nature des analyses et joindre une copie des résultats)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nous demeurons disponibles pour toute information supplémentaire. Vous pouvez nous rejoindre au numéro de téléphone suivant : \_\_\_\_\_.

Espérant que ces informations vous conviendront.

\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature de l'infirmière