

Position du
Code à barre
PROJET

GRILLE DE REPÉRAGE TCC LÉGER

No dossier

No RAMQ

Nom

Prénom

Téléphone :

DDN : ____ / ____ / ____
Année Mois Jour

Date : _____

Référé par :

- Urgence Unité de soins
 GMF
 Autre : _____

IMPORTANT :

Vous devez référer l'utilisateur au programme régional TCCL si vous avez confirmé au moins un critère diagnostique. Usager éligible si délai entre incident et référence en dedans de 3 mois.

MDF : _____

Événement : _____

Critères diagnostiques du TCC léger :

Échelle de Glasgow entre 13 et 15 à l'urgence ou 30 minutes après l'accident Échelle de Glasgow : ____ / 15 .

ET au moins un des critères ci-dessous :

	Oui	Non
Période d'altération de l'état de conscience (confusion ou désorientation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte de conscience dans les premières 30 minutes. Précisez la durée : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amnésie post-traumatique dans les premières 24 heures. <input type="checkbox"/> Rétrograde <input type="checkbox"/> Antérograde Précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signe neurologique transitoire ou signe neurologique localisé, une convulsion ou une lésion intracrânienne ne nécessitant pas une intervention chirurgicale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Scan cérébral fait Oui Non Résultat : _____

Usager référé au programme TCCL de Lanaudière

Feuillet d'information remis et expliqué

Signature du médecin : _____ Licence : _____

J'autorise l'établissement ou médecin traitant _____ à référer mon dossier médical concernant mon traumatisme crânien léger au programme de suivi TCCL de Lanaudière. J'accepte d'être contacté par l'infirmière centralisée pour ce suivi et que l'information du suivi soit communiquée par écrit à l'établissement ou au médecin traitant.

Signature de l'utilisateur (ou personne autorisée) _____ Date : _____

**FAXER LE FORMULAIRE ET LA DOCUMENTATION CLINIQUE (verso) AU PROGRAMME RÉGIONAL
DE TCCL DE LANAUDIÈRE**

**NORD de Lanaudière AU 450-756-4758 OU 5986 POUR L'INTERNE
SUD de Lanaudière AU 450-470-2645**

Nom :

Numéro de dossier :

Liste de documentation à transmettre par télécopieur :

Documentation clinique à transmettre par télécopieur à la demande de référence :

- Formulaire de transport pré-hospitalier
- Formulaire de prise en charge du polytraumatisé (AH-450)
- Notes d'évolution
- Résultats de laboratoire
- Résultat d'examen / scan
- Consultation s'il y a lieu
- Feuille de triage, soins infirmiers et notes d'évolution

Clientèle GMF / Clinique médicale

- Note médicale
- Résultat d'examen / scan

Signature : _____ Date : _____