



ACCUEIL CLINIQUE – RÉFÉRENCE HÉMATURIE MICROSCOPIQUE ET MACROSCOPIQUE

DESTINATAIRE : ACCUEIL CLINIQUE DE CHICOUTIMI Télécopieur : 418 541-0249 Téléphone : 418 541-1234, 202344
 ACCUEIL CLINIQUE D'ALMA Télécopieur : 418 662-8636 Téléphone : 418 669-2000, 403336

SECTION 1 : FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE À L'ATTENTION DU PROFESSIONNEL PRESCRIPTEUR

! ATTENTION : Avant d'acheminer la requête, veuillez valider les critères d'inclusions et d'exclusions au verso (page 2)

N.B. L'accueil clinique ne traite pas la cystite simple ou compliquée, mais investigate les causes sous-jacentes à l'hématurie. L'analyse, la culture d'urine, l'antibiogramme et le traitement doivent obligatoirement être gérés par le référent.

PRÉ-REQUIS : HÉMATURIE MICROSCOPIQUE

URGENCE :

- Avoir démontré la microhématurie sur une analyse d'urine démontrant la présence de GR (≥ 3 à 5 GR/champs) et avoir effectué 1 culture d'urine chez un usager avec ou sans cystite infectieuse.

AUTRE provenance que l'urgence :

- Avoir démontré la microhématurie sur une analyse d'urine démontrant la **présence** de GR (≥ 3 à 5 GR/champs) et avoir effectué 1 culture d'urine chez un usager **sans** cystite infectieuse.

PRÉ-REQUIS : HÉMATURIE MACROSCOPIQUE

TOUTE PROVENANCE :

- 1 analyse et culture d'urine

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (OBLIGATOIRE)

HÉMATURIE MICROSCOPIQUE

- Insuffisance rénale chronique :
Résultat de la dernière DFGE : _____ Date : _____
 - J'ai éliminé la possibilité d'un saignement d'origine gynécologique
 - J'ai évalué la nécessité de cesser l'anticoagulant de l'usager (si pertinent)
 - Absence de cystite infectieuse :
- Section réservée à l'urgentologue :
- Présence ou suspicion d'une cystite infectieuse :
→ Traitement prescrit : _____
Date : _____

HÉMATURIE MACROSCOPIQUE

- Insuffisance rénale chronique :
Résultat de la dernière DFGE : _____ Date : _____
- J'ai éliminé la possibilité d'un saignement d'origine gynécologique
- J'ai évalué la nécessité de cesser l'anticoagulant de l'usager (si pertinent)
- Présence ou suspicion d'une cystite infectieuse :
→ Traitement prescrit : _____
Date : _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (OBLIGATOIRE)

Initiales



- Je confirme que l'usager répond à tous les critères d'admissibilité généraux et spécifiques de l'accueil clinique et ne présente aucune contre-indication spécifique (voir page 2).
- J'accepte l'ensemble des interventions et procédures diagnostiques prévues à l'algorithme décisionnel (incluant les examens complémentaires).

SECTION 2 : IDENTIFICATION ET AUTORISATION DU PROFESSIONNEL PRESCRIPTEUR

Prescripteur : _____ Signature : _____ N° permis : _____

Clinique : _____ N° téléphone : _____

N° télécopieur : _____ Date : _____ Heure : _____

Identification du professionnel remplaçant qui accepte d'effectuer le suivi si différent du prescripteur ou celui-ci est non joignable

Professionnel : _____ N° téléphone : _____

Télécopier ce formulaire à l'accueil clinique (coordonnées en haut de page)

****CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ PRÉ-RÉFÉRENCIEMENT****

INDICATIONS SPÉCIFIQUES :

- Usager de **16 ans et plus**
- Usager présentant une hématurie microscopique ou macroscopique sur 1 analyse d'urine démontrant la présence de GR (≥ 3 à 5 GR/champs) et 1 culture d'urine
- Usager répond aux critères d'admissibilité généraux de l'accueil clinique **et ne présente aucune contre-indication spécifique (ci-dessous)**

CONTRE-INDICATIONS SPÉCIFIQUES/ CRITÈRES D'EXCLUSION :

- Protéinurie de novo sur ratio protéine/créatinine $> 0,03$ g/mmol ou sur analyse d'urine (1+, 2+, 3+, 4+) **(spécifique à l'hématurie microscopique)**
- Caillots très abondants dans les urines **(spécifique à l'hématurie macroscopique)**
- Température buccale $\geq 38,5^{\circ}$ C
- État clinique jugé trop instable pour une prise en charge dans les 72h :
 - Fréquence respiratoire (FR) ≤ 8 resp/minute ou ≥ 22 resp/minute
 - Fréquence cardiaque (FC) ≥ 100 BPM
 - Saturation (SpO2) de 92% et moins de novo
 - Pression artérielle (PA) systolique < 100 mmHg ou > 180 mmHg
 - Pression artérielle (PA) diastolique > 120 mmHg
- Brûlement mictionnel sévère (dysurie sévère)
- Grossesse confirmée par un β -HCG positif (urinaire ou sanguin > 5 U/L)
- Globe vésical
- Rétention urinaire
- Si chirurgie gynécologique ≤ 3 mois référer l'usager au gynécologue traitant
- Si interventions a/n des voies urinaires et/ou prostate ≤ 6 mois référer l'usager à l'urologue traitant
- Antécédent de tumeur vésicale (faire revoir par l'urologue traitant)
- Douleur intense $> 6/10$ non soulagée par l'analgésie

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ GÉNÉRAUX¹ :

- Pour la clientèle de 14 ans et plus (l'âge peut varier en fonction du protocole visé)
- Clientèle ambulatoire :
 - o L'usager doit être en mesure de se déplacer seul ou avec l'aide d'une personne qui soit disponible tout au long de l'épisode de soins.
- Présenter un problème clinique de santé semi-urgent ou subaigu :
 - o Nécessitant une prise en charge dans un délai de 24 à 72 heures.
 - o Correspondre aux indications spécifiques d'un des protocoles disponibles.
- L'état de santé physique et mental de l'usager doit être stable et ne présenter aucune contre-indication spécifique mentionnée dans le protocole.
- L'usager, ou son proche aidant, doit être facilement joignable par téléphone.
- Le médecin, IPS ou sage-femme qui effectue le référencement doit fournir un formulaire de référence dûment complété et signé.
- Le référent s'engage à être disponible tout au long de l'épisode de soins, afin d'assurer le suivi de l'usager. Ce professionnel doit indiquer un numéro de téléphone qui permet de le joindre directement durant les heures d'ouverture de la clinique.

Légende : $<$ inférieur à $>$ supérieur à \leq inférieur ou égal à \geq supérieur ou égal à

¹ **Référence :** Orientations ministérielles, Organisation et implantation d'un service d'accueil clinique. MSSS, Mai 2022