

Formulaire de référence à l'équipe TCCL de l'HSCM

Clientèle de 16 ans et plus

Les documents cliniques de cette visite
doivent être faxés avec cette autorisation au :

Fax : **514-338-3139**

Tél. : **514-338-2222, poste 3669**

CONSENTEMENT DU PATIENT (OBLIGATOIRE)

J'autorise le **CSSS de Laval** à transmettre les documents cliniques de cette visite à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal pour un suivi clinique du TCCL. J'accepte d'être contacté par l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal pour ce suivi et que l'information du suivi soit communiquée au médecin référant.

Signature : Patient ou personne autorisée

Date

Description du traumatisme :

Date : _____

Événement : _____

Critères de TCCL

- **GCS 13/15 ou 14/15 1 heure post trauma**
- **si 15/15, il doit être accompagné d'une perte de conscience témoignée et/ou amnésie péri-événementielle**

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

_____/ 15 Échelle de Coma de Glasgow à l'urgence

- Perte de conscience oui ☐ non ☐ témoin oui ☐ non ☐ durée _____
- Amnésie rétrograde ou antérograde oui ☐ non ☐ durée _____

Tomodensitométrie cérébrale :

Fait en date du _____

Résultats _____

Signature du médecin _____
du CSSS de Laval

licence _____