

## 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 l'**Hôpital régional de Saint-Jérôme** 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 \_\_\_\_\_  
de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme

# licence \_\_\_\_\_