



DT9285

CONSULTATION EN NEUROLOGIE

Attention : Consulter les alertes cliniques au verso et favoriser les protocoles de l'Accueil clinique (si disponibles) avant de remplir ce formulaire.

Nom et prénom de l'utilisateur			
N° d'assurance maladie		Année	Mois
		Expiration	
Nom et prénom du parent			
Ind. rég.	N° téléphone	Ind. rég.	N° téléphone (autre)
Adresse			
Code postal			

Raison de consultation		Échelle de priorité clinique : A : ≤ 3 jrs B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois				
AIT (ICT)/AVC	<input type="checkbox"/> Symptômes neurologiques transitoires soient : hypoesthésie latéralisée, cécité monoculaire, hémianopsie, dysmétrie ou vertige avec autres signes neurologiques et excluant un trouble moteur ou un trouble de la parole depuis ≤ 48 h <input type="checkbox"/> Parésie unilatérale et/ou un trouble de la parole transitoire ou fluctuante se présentant entre 48 heures et 14 jours Utiliser le formulaire de l'Accueil clinique si disponible dans la région	A	Neuromusculaire	Consultation pour trouble neuromusculaire avec considération d'EMG (radiculopathie/polynévrite/myopathie/neuropathie isolée/tunnel carpien, etc.) (Prérequis : justifier le type d'atteinte)	<input type="checkbox"/> Limitation fonctionnelle importante (Justifier) <input type="checkbox"/> Peu ou pas d'impact fonctionnel	D E
	<input type="checkbox"/> Suspicion SLA/Maladie du motoneurone					C
AIT (ICT)/AVC	<input type="checkbox"/> Symptômes neurologiques focaux transitoires suggestifs d'AIT (ICT) se présentant après > 14 jours <input type="checkbox"/> Symptômes neurologiques focaux transitoires excluant une parésie unilatérale et un trouble de la parole se présentant entre 48 heures et 14 jours	C	Épilepsie ou suspicion	<input type="checkbox"/> Perte de conscience non cardiovasculaire <input type="checkbox"/> Convulsion de novo (TDM et EEG souhaitables) <input type="checkbox"/> Épilepsie connue et mal contrôlée (Prérequis : justifier) <input type="checkbox"/> Épilepsie connue et demande de réévaluation (Prérequis : inscrire la raison de réévaluation)		D B C E
Démence	<input type="checkbox"/> Trouble neurocognitif majeur (seront vus en neuro les usagers avec symptômes atypiques ou progression rapide ou moins de 65 ans avec une justification dans la section renseignements cliniques) (Prérequis : justifier résultat du MMSE : ____ ou MOCA : ____)	D	SEP ou suspicion	<input type="checkbox"/> Suspicion SEP (Prérequis : préciser les symptômes, les anomalies à l'examen neurologique ainsi que l'impact fonctionnel) <input type="checkbox"/> Diagnostic confirmé – Poussée de SEP <input type="checkbox"/> Maladie stable – Suivi clinique (Prérequis: justification et copie du dossier)		D B E
Troubles du mouvement	<input type="checkbox"/> Suspicion de parkinsonisme (Prérequis : justifier) <input type="checkbox"/> Parkinsonisme connu ou mauvais contrôle (Prérequis : justifier) <input type="checkbox"/> Tremblement (Prérequis : préciser le type de tremblement et la distribution : tête, membres sup, etc.) <input type="checkbox"/> Autres troubles du mouvement (Prérequis : préciser le type de troubles du mouvement)	D C E		Céphalée	<input type="checkbox"/> Migraine (seront vus en neuro seulement les usagers qui ont un échec au traitement abortif (ex : Triptan) et/ou 2 traitements prophylactiques) <input type="checkbox"/> Suspicion céphalée de Horton (Cluster) <input type="checkbox"/> Névralgie du trijumeau <input type="checkbox"/> Autre type de céphalée (Prérequis : justifier)	
	<input type="checkbox"/> Vertige avec signes ou symptômes neurologiques associés (ex : diplopie, signes d'atteinte du tronc cérébral) (Prérequis : justifier)	C				
Autre (utiliser cette section pour modifier une priorité ou pour tout autre raison de consultation et justifier) :						Priorité clinique
Renseignements cliniques pertinents (joindre rapports, médication, etc.)						
Besoins spéciaux :						
Identification du médecin référent et du point de service				Estampe		
Nom du médecin référent			N° de permis			
Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste	Ind. rég.	N° de télécopieur		
Nom du point de service						
Signature			Date (année, mois, jour)			
Médecin de famille : <input type="checkbox"/> Idem au médecin référent <input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille				Référence nominative (si requis)		
Nom du médecin de famille				Si vous désirez une référence à un médecin ou à un point de service en particulier		
Nom du point de service						

Complétion du formulaire	
Ce formulaire doit être utilisé pour la clientèle de 16 ans et plus.	
Identification de l'utilisateur	<ul style="list-style-type: none"> • Inscrire le numéro de téléphone qui permettra au Centre de répartition des demandes de service (CRDS) de confirmer le rendez-vous (RV). • Inscrire le code postal afin de permettre de donner un RV à proximité du domicile de l'utilisateur.
Raison de consultation	<ul style="list-style-type: none"> • Cocher la raison de consultation. • Sinon inscrire la raison de consultation non prévue au formulaire dans la case « Autre » et préciser la priorité clinique.
Priorité clinique	<ul style="list-style-type: none"> • Justifier toute priorité clinique modifiée ou toute autre raison de consultation. <i>Permet au CRDS de connaître le délai maximal pour réaliser la consultation.</i> <i>Délai calculé en jours calendrier (inclus jours fériés et fins de semaine).</i> <i>Vous serez informé de toute priorité ne pouvant être respectée.</i>
Renseignements cliniques pertinents	<ul style="list-style-type: none"> • Inscrire toutes les informations justifiant la priorité clinique ou sa modification. • Acheminer au CRDS tous les prérequis (rapports ou analyses) nécessaires pour la consultation. • Joindre la liste de médicaments. • Besoins spéciaux : Inscrire les besoins particuliers tels que : interprète, déplacement en fauteuil roulant ou autre.
Identification du médecin référent et du point de service	Remplir cette section afin que le rapport de consultation vous soit acheminé au bon point de service.
Référence nominative	Il est possible que le délai ne soit pas respecté si le médecin demandé n'est pas disponible. Le CRDS communiquera alors avec vous afin de convenir d'une solution alternative.
Formulaire	<ul style="list-style-type: none"> • Acheminer par télécopieur le formulaire à votre CRDS. • Ne pas remettre de copie du formulaire à l'utilisateur.

Alertes cliniques (liste non exhaustive)
Diriger l'utilisateur à l'urgence
<ul style="list-style-type: none"> • Suspicion d'un IAT/AVC avec parésie unilatérale et/ou trouble de la parole persistant, fluctuant ou transitoire depuis < 48 heures • Céphalée à début subit ou qui s'accompagne d'indices d'alarme (température, déficit neurologique, altération du sensorium, papilloedème, suspicion d'artérite temporale, etc.) • Altération de l'état de conscience ou état confusionnel aigu • Status épileptique ou crises convulsives à répétition • Suspicion d'une atteinte médullaire rapidement progressive • Suspicion d'un syndrome de Guillain-Barré