



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'usager			
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 <b>excluant</b> 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 <b>48 heures et 14 jours</b> 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 <b>48 heures et 14 jours</b>	C 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
	<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)	
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 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				
<b>Autre</b> (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 :						
<b>Identification du médecin référent et du point de service</b>				<b>Estampe</b>		
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)			
<b>Médecin de famille :</b> <input type="checkbox"/> Idem au médecin référent <input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille				<b>Référence nominative (si requis)</b>		
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						

<b>Complétion du formulaire</b>	
<b>Ce formulaire doit être utilisé pour la clientèle de 16 ans et plus.</b>	
<b>Identification de l'utilisateur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inscrire le numéro de téléphone qui permettra au Centre de répartition des demandes de service (CRDS) de confirmer le rendez-vous (RV).</li> <li>• Inscrire le code postal afin de permettre de donner un RV à proximité du domicile de l'utilisateur.</li> </ul>
<b>Raison de consultation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cocher la raison de consultation.</li> <li>• Sinon inscrire la raison de consultation non prévue au formulaire dans la case « Autre » et préciser la priorité clinique.</li> </ul>
<b>Priorité clinique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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></li> </ul>
<b>Renseignements cliniques pertinents</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inscrire toutes les informations justifiant la priorité clinique ou sa modification.</li> <li>• Acheminer au CRDS tous les prérequis (rapports ou analyses) nécessaires pour la consultation.</li> <li>• Joindre la liste de médicaments.</li> <li>• Besoins spéciaux : Inscrire les besoins particuliers tels que : interprète, déplacement en fauteuil roulant ou autre.</li> </ul>
<b>Identification du médecin référent et du point de service</b>	Remplir cette section afin que le rapport de consultation vous soit acheminé au bon point de service.
<b>Référence nominative</b>	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.
<b>Formulaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acheminer par télécopieur le formulaire à votre CRDS.</li> <li>• Ne pas remettre de copie du formulaire à l'utilisateur.</li> </ul>

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