



DT9206

CONSULTATION EN OPHTALMOLOGIE

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					
<input type="checkbox"/>	Œil rouge douloureux : kératite, uvéite	A	<input type="checkbox"/>	Rétinopathie diabétique documentée <i>(Prérequis : joindre le rapport de l'optométriste)</i>	E		
<input type="checkbox"/>	Corps flottant du vitré avec flash aigu récent (de moins de 7 jours)	A	<input type="checkbox"/>	Usager connu pour glaucome <i>(Prérequis : joindre résultat pression oculaire et la médication)</i>	D		
<input type="checkbox"/>	Sidérose résiduelle cornéenne <i>(Prescrire pommade antibiotique QID)</i>	A	Dégénérescence maculaire documentée <i>(Prérequis : joindre résultat d'acuité visuelle)</i>	<input type="checkbox"/>	Avec baisse d'acuité récente	C	
<input type="checkbox"/>	Corps étranger de la cornée n'ayant pu être retiré <i>(Prescrire pommade antibiotique QID)</i>	A		<input type="checkbox"/>	Avec baisse d'acuité > 3 mois	E	
<input type="checkbox"/>	Conjonctivite réfractaire au traitement depuis plus de 2 semaines	B	<input type="checkbox"/>	Cataracte documentée et symptomatique	E		
<input type="checkbox"/>	Zona ophtalmique avec atteinte oculaire et œil rouge et/ou baisse de vision <i>(Prérequis : débiter traitement antiviral et joindre résultat acuité visuelle)</i>	B	Lésions palpébrales	<input type="checkbox"/>	D'allure maligne	D	
				<input type="checkbox"/>	D'allure bénigne	E	
<input type="checkbox"/>	Diplopie isolée récente constante sans autre atteinte neurologique	B	Pédiatrie	<input type="checkbox"/>	Reflet blanc (leucocorie) chez l'enfant	B	
<input type="checkbox"/>	Ptose unilatérale récente de moins d'un mois	B		Strabisme chez l'enfant de 8 mois à 6 ans	<input type="checkbox"/>	Déviations aiguës et constantes	D
					<input type="checkbox"/>	Déviations intermittentes	E
<input type="checkbox"/>	Baisse récente de vision unilatérale de moins d'un mois (excluant les troubles de réfraction) <i>(Prérequis : joindre résultat acuité visuelle)</i>	C	<input type="checkbox"/>	Dacryosténose persistante chez un enfant de plus de 12 mois	D		
Autre (utiliser cette section pour modifier une priorité ou pour tout autre raison de consultation et justifier) :					Priorité clinique		
Renseignements cliniques pertinents (joindre médication, rapport optométriste)							
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				Si déjà connu, nom de l'ophtalmologiste traitant :			

Complétion du formulaire	
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. Délai calculé en jours calendrier (inclus jours fériés et fins de semaine). 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)
Communiquer avec l'ophtalmologiste de garde ou diriger l'utilisateur à l'urgence
<ul style="list-style-type: none"> • Perforation oculaire ou trauma oculaire et/ou orbitaire pénétrant ou perforant • Glaucome aigu • Perte subite de vision de moins de 24 heures • Diplopie isolée avec atteinte pupillaire • Cellulite périorbitaire de l'œil • Ulcère de cornée (infiltrat blanchâtre) • Hyphéma • Perte subite de champs visuels homonymes bilatéraux < 24 heures

Il est préférable de diriger les usagers vers l'optométriste pour les conditions suivantes :
<ul style="list-style-type: none"> • Yeux secs ou larmoiement • Dépistage glaucome • Dépistage de rétinopathie diabétique • Dépistage de dégénérescence maculaire (DMLA) • Dépistage de cataracte • Évaluation des troubles de l'acuité visuelle • Dépistage visuel chez l'enfant