



DT9288

## CONSULTATION EN PÉDIATRIE GÉNÉRALE

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			
<b>Prérequis : Courbe de croissance requise pour toute raison de consultation</b>					
Irritabilité – Troubles d'alimentation	<input type="checkbox"/> Âge < 1 mois	<b>B</b>	Toux chronique/Asthme <i>(Prérequis : calendrier des symptômes, profil pharmacologique)</i>	<input type="checkbox"/> Âge < 6 mois	<b>C</b>
	<input type="checkbox"/> Âge 1-6 mois	<b>C</b>		<input type="checkbox"/> Âge > 6 mois	<b>D</b>
	<input type="checkbox"/> Âge > 6 mois	<b>D</b>	Souffle cardiaque (enfant stable)	<input type="checkbox"/> Âge < 1 mois	<b>B</b>
Retard de croissance statural et/ou pondéral	<input type="checkbox"/> Âge < 1 an	<b>C</b>		<input type="checkbox"/> Âge 1-3 mois	<b>C</b>
	<input type="checkbox"/> Âge > 1 an	<b>D</b>		<input type="checkbox"/> Âge > 3 mois	<b>D</b>
<input type="checkbox"/> Douleur abdominale chronique/Diarrhée chronique/constipation <i>(Prérequis : calendrier des symptômes, résultats de labos)</i>		<b>D</b>	<input type="checkbox"/> Retard de développement chez un enfant 0-5 ans <i>(Prérequis : courbe de périmètre crânien, évaluation orthophonique et audiogramme demandés si retard de langage)</i>		<b>D</b>
<input type="checkbox"/> Infections à répétition : respiratoires, urinaires et autres <i>(Prérequis : profil pharmacologique, joindre imagerie médicale si faite)</i>		<b>D</b>	<input type="checkbox"/> Évaluation trouble scolaire – TDAH <i>(Prérequis : évaluation SNAP IV ou Connors ou questionnaire Poulin et évaluation psychosociale demandée)</i>		<b>E</b>
Céphalée <i>(Prérequis : calendrier des symptômes, profil pharmacologique)</i>	<input type="checkbox"/> De novo avec vomissements et examen neurologique normal	<b>B</b>	<input type="checkbox"/> Troubles de comportement <i>(Prérequis : évaluation psycho-sociale demandée)</i>		<b>E</b>
	<input type="checkbox"/> Migraine	<b>C</b>			
	<input type="checkbox"/> Chronique	<b>D</b>			
<b>Autre raison de consultation en pédiatrie générale</b> (utiliser cette section pour modifier une priorité ou pour tout autre raison de consultation et justifier) :					Priorité clinique
<b>Renseignements cliniques pertinents</b>					<b>(joindre rapports, médication, etc.)</b>
<b>Besoins spéciaux :</b>					
<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					
<b>Signature</b>			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>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>

#### **Alertes cliniques :**

Pour toutes situations que vous identifiez comme étant une alerte clinique, communiquer avec le pédiatre de garde ou diriger l'enfant vers l'urgence.