



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			
Prérequis : Courbe de croissance requise pour toute raison de consultation					
Irritabilité – Troubles d'alimentation	<input type="checkbox"/> Âge < 1 mois	B	Toux chronique/Asthme	<input type="checkbox"/> Âge < 6 mois	C
	<input type="checkbox"/> Âge 1-6 mois		(Prérequis : calendrier des symptômes, profil pharmacologique)	<input type="checkbox"/> Âge > 6 mois	
	<input type="checkbox"/> Âge > 6 mois		C	Souffle cardiaque (enfant stable)	<input type="checkbox"/> Âge < 1 mois
Retard de croissance statural et/ou pondéral	<input type="checkbox"/> Âge < 1 an	C	<input type="checkbox"/> Âge 1-3 mois	C	
	<input type="checkbox"/> Âge > 1 an	D	<input type="checkbox"/> Âge > 3 mois	D	
<input type="checkbox"/> Douleur abdominale chronique/Diarrhée chronique/constipation <i>(Prérequis : calendrier des symptômes, résultats de labos)</i>		D	<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>		D
<input type="checkbox"/> Infections à répétition : respiratoires, urinaires et autres <i>(Prérequis : profil pharmacologique, joindre imagerie médicale si faite)</i>		D	<input type="checkbox"/> Évaluation trouble scolaire – TDAH <i>(Prérequis : évaluation SNAP IV ou Connors ou questionnaire Poulin et évaluation psychosociale demandée)</i>		E
Céphalée <i>(Prérequis : calendrier des symptômes, profil pharmacologique)</i>	<input type="checkbox"/> De novo avec vomissements et examen neurologique normal	B	<input type="checkbox"/> Troubles de comportement <i>(Prérequis : évaluation psycho-sociale demandée)</i>	E	
	<input type="checkbox"/> Migraine	C			
	<input type="checkbox"/> Chronique	D			
Autre raison de consultation en pédiatrie générale (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					
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	
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 :

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