



DT9287

CONSULTATION EN UROLOGIE

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				
Lithiase	<input type="checkbox"/> Calcul urétéral (Prérequis : A/C urine, créatinine, RX abdominal, TDM C – demandé)	C	Suspicion de malignité	<input type="checkbox"/> Masse testiculaire suspecte de néoplasie (Prérequis : écho testiculaire demandée)	B	
	<input type="checkbox"/> Calcul rénal ou vésical asymptomatique (Prérequis : A/C urine, créatinine, RX abdominal, TDM C – demandé)	D		<input type="checkbox"/> Examen prostatique suspect (TR) (Prérequis : APS)	C	
Infection	<input type="checkbox"/> Infection urinaire chez l'homme (Prérequis : écho rénale et pelvienne demandée, A/C urine)	D		<input type="checkbox"/> APS élevé reconstrôlé après 6 sem. (Prérequis : APS x 2, A/C urine négative)	C	
	<input type="checkbox"/> Infections urinaires basses récidivantes chez la femme (+ de 4 par année) (Prérequis : A/C urine)	E		<input type="checkbox"/> Masse vésicale (Prérequis : rapport d'imagerie, A/C urine)	C	
Dysfonction sexuelle	<input type="checkbox"/> Dysfonction érectile avec échec au traitement médical (Prérequis : testostérone, glycémie, lipides, HbA1c)	E		Autres	<input type="checkbox"/> Masse rénale solide ou kyste rénal complexe (Prérequis : créat, TDM abdo-pelvien C– C+ demandé, A/C urine, cytologie X3)	C
	<input type="checkbox"/> Maladie de La Peyronie	E			<input type="checkbox"/> Masse scrotale non suspecte de malignité : hydrocèle, varicocèle, spermatocele (Prérequis : écho testiculaire demandée)	E
	<input type="checkbox"/> Hémospémie récidivante avec examen prostatique non suspect de malignité (Prérequis : A/C urine, APS si > 40 ans)	E	<input type="checkbox"/> Hydronéphrose obstructive ou symptomatique (Prérequis : écho abdominale pelvienne demandée, RX abdominal, créat, A/C urine)		C	
Hématurie	<input type="checkbox"/> Hématurie macroscopique intermittente avec culture négative (Prérequis : A/C urine, créat, TDM abdominal pelvien 3 phases demandé et cytologie demandée)	C	<input type="checkbox"/> Symptômes du bas appareil urinaire incommodes (HBP avec échec de traitement, incontinence, vessie hyperactive) (Prérequis : APS, A/C urine)		E	
	<input type="checkbox"/> Hématurie microscopique (Prérequis : A/C urine, écho abdominale pelvienne demandée, cytologie)	D	<input type="checkbox"/> Syndrome de douleur pelvienne chronique (incluant prostatite chronique ou cystalgie) (Prérequis : cytologie, gonorrhée et chlamydia négatifs, A/C urine)		E	
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)
<p>Diriger l'utilisateur à l'urgence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hématurie macroscopique active (non infectieuse) • Colique néphrétique non soulagée par la médication Utiliser le formulaire de l'Accueil clinique si disponible • Hyperthermie d'origine urinaire • Suspicion de torsion testiculaire • Rétention urinaire aiguë • Fracture du pénis ou priapisme