



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	
<b>Autre</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>			
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						
<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>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>
<p><b>Diriger l'utilisateur à l'urgence</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hématurie macroscopique active (non infectieuse)</li> <li>• Colique néphrétique non soulagée par la médication Utiliser le formulaire de l'Accueil clinique si disponible</li> <li>• Hyperthermie d'origine urinaire</li> <li>• Suspicion de torsion testiculaire</li> <li>• Rétention urinaire aiguë</li> <li>• Fracture du pénis ou priapisme</li> </ul>