



DT9288

## CONSULTATION EN PÉDIATRIE GÉNÉRALE

Pour toutes situations que vous identifiez de priorité A, communiquer avec le pédiatre de garde.

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>Souhaitable : Courbe de croissance pour toute raison de consultation</b>					
Irritabilité – Troubles d'alimentation	<input type="checkbox"/> Âge < 1 mois <input type="checkbox"/> Âge 1-6 mois <input type="checkbox"/> Âge > 6 mois	B C D	Souffle cardiaque (enfant stable)	<input type="checkbox"/> Âge < 1 mois <input type="checkbox"/> Âge 1-3 mois <input type="checkbox"/> Âge > 3 mois	B C D
Retard de croissance statural et/ou pondéral	<input type="checkbox"/> Âge ≤ 1 an <input type="checkbox"/> Âge > 1 an	C D	<b>Référer au préalable au dépistage AGIR TÔT du CISSS ou CIUSSS</b> <input type="checkbox"/> Retard de développement chez un enfant 0-5 ans <i>(Souhaitable : profil du développement Agir tôt et/ou rapports d'évaluation, courbe de périmètre crânien, évaluation orthophonique et audiogramme demandés si retard de langage)</i>		D
<input type="checkbox"/> Douleur abdominale chronique/diarrhée chronique/constipation <i>(Souhaitable : calendrier des symptômes)</i>		D	<input type="checkbox"/> Évaluation trouble scolaire – TDAH <i>(Prérequis : rapport évaluation SNAP IV ou Conners ou questionnaire Poulin ou évaluation psychosociale)</i>		E
<input type="checkbox"/> Infections à répétition : respiratoires, urinaires et autres <i>(Souhaitable : rapport imagerie médicale)</i>		D	<input type="checkbox"/> Troubles de comportement <i>(Prérequis : rapport évaluation psychosociale demandée)</i>		E
Céphalée <i>(Souhaitable : calendrier des symptômes)</i>	<input type="checkbox"/> De novo avec vomissements et examen neurologique normal <input type="checkbox"/> Migraine <input type="checkbox"/> Chronique	B	<input type="checkbox"/> Anomalie du crâne/plagiocéphalie		C
		C D	<input type="checkbox"/> Problèmes cutanés <i>(Prérequis : préciser)</i>		D
Toux chronique/asthme <i>(Souhaitable : calendrier des symptômes)</i>	<input type="checkbox"/> Âge ≤ 6 mois <input type="checkbox"/> Âge > 6 mois	C	<input type="checkbox"/> Énurésie		E
		D	<input type="checkbox"/> Phimosis		E
<input type="checkbox"/> Autre raison de consultation non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique <i>(justification OBLIGATOIRE dans la section suivante) :</i>					Priorité clinique
<b>Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires</b>				<b>Si prérequis exigé(s) :</b>	
				<input type="checkbox"/> Annexé(s) à la présente demande <input type="checkbox"/> Prescrit(s)	
<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					

**Priorité A :**

Pour toutes situations que vous identifiez de priorité A, communiquer avec le pédiatre de garde

**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.