



DT9423

CONSULTATION EN CHIRURGIE PLASTIQUE ADULTE

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 : B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois				Pour les consultations de priorité A (≤ 3 jrs), ne pas les transmettre au CRDS ; utiliser les corridors suivant : spécialiste de garde, accueil clinique, etc.	
Main et doigts	<input type="checkbox"/> Tunnel carpien qui ne répond pas au traitement médical après 2 mois (orthèse ¹ et infiltration)	D	Cutané/tissu mou	Masse bénigne (ex. : lipome, kyste sébacés, etc.) causant des symptômes d'ordre fonctionnel objectivable. Service non couvert par la RAMQ. Veuillez utiliser les corridors de service de votre région pour référer le patient			
	Doigt gachette	<input type="checkbox"/> Avec blocage permanent		C	<input type="checkbox"/> Lésion cutanée maligne avec pathologie confirmée (ex. : basocellulaire, spinocellulaire, mélanome, etc.) (Prérequis : rapport de pathologie)	B	
		<input type="checkbox"/> Sans blocage ou blocage intermittent réductible		D			
	<input type="checkbox"/> Kyste arthro-synovial	E		Lésion cutanée bénigne Service non couvert par la RAMQ. Veuillez utiliser les corridors de service de votre région pour référer le patient			
	Maladie de Dupuytren	<input type="checkbox"/> Avec perte d'extension	D	Sein	<input type="checkbox"/> Cicatrice vicieuse du visage		E
		<input type="checkbox"/> Sans perte d'extension	E		<input type="checkbox"/> Réduction mammaire		E
	<input type="checkbox"/> Tendinite De Quervain avec échec au traitement médical après 2 mois (orthèse ¹ et infiltration)	D	<input type="checkbox"/> Asymétrie mammaire		E		
	<input type="checkbox"/> Rhizarthrose invalidante avec échec au traitement médical (orthèse ¹ et infiltration) (Prérequis : RX main)	D	<input type="checkbox"/> Reconstruction mammaire post néoplasie		E		
	<input type="checkbox"/> Fracture aiguë et non déplacée de la main (voir alertes cliniques au verso) (Prérequis : RX et immobilisation adéquate)	B	Autres		<input type="checkbox"/> Gynécomastie (Prérequis : imagerie médicale, bilan endocrinien)		E
	<input type="checkbox"/> Doigt en Maillet (Mallet finger) (Prérequis : RX et immobilisation adéquate)	B			<input type="checkbox"/> Fracture immobilisée non déplacée du carpe incluant scaphoïde (voir alertes cliniques au verso) (Prérequis : RX du poignet incluant vue du scaphoïde)		B
<input type="checkbox"/> Luxation réduite des doigts (voir alertes cliniques au verso) (Prérequis : RX post réduction)	B	Plaies complexes et chroniques : Référer à la clinique de plaie de votre région et non au CRDS					
		<input type="checkbox"/> Brûlures qui ne répondent pas aux critères des centres d'expertise ²			B		
<input type="checkbox"/> Autre raison de consultation non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique (justification OBLIGATOIRE dans la section suivante) :						Priorité clinique	
Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires					Si prérequis exigé(s) :		
					<input type="checkbox"/> Disponible(s) dans DSQ <input type="checkbox"/> Annexé(s) à la présente demande <input type="checkbox"/> Immobilisation adéquate		
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							

Légende

¹ Information sur la prescription d'orthèse : orthèse: <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/programmes-aide/appareils-suppleant-deficience-physique/Pages/appareils-suppleant-deficience-physique.aspx>

² Lien web pour critères de référence dans les Centres d'expertises pour grands brûlés : http://fecst.inesss.qc.ca/fileadmin/documents/Publications/VBG_criteres_transfert_vers_centre_expertise.pdf

Pour les conditions cliniques suivantes, communiquer avec le plasticien de garde de votre région :

- Lacération refermée non compliquée avec atteinte tendineuse ou du nerf digital sans compromis vasculaire
- Lacération main et doigt avec perte de substance > 1 cm² des tissus mous ou exposition des structures (voir aussi alertes cliniques)

Alertes cliniques (liste non exhaustive)

Diriger l'utilisateur vers l'urgence

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Fracture déplacée ou ouverte ou immobilisation impossible (carpe, métacarpe, phalange)• Compromis vasculaire digital• Arthrite septique ou ténosynovite infectieuse• Luxation non réductible• Amputation digitale• Lacérations avec perte de substances très étendue des tissus mous (ex. : dégantement d'un doigt ou dos de la main) ou plaie très <i>contaminée</i> | <ul style="list-style-type: none">• Fracture du visage (os malaire, nez, mandibule, orbite)• Brûlure aiguë répondant aux critères d'un centre d'expertise²• Syndrome du compartiment• Lacération complexe difficile à refermer |
|--|--|

Informations complémentaires importantes

- ❖ Les cicatrices vicieuses autres qu'au visage et les cas d'esthétiques ne sont pas couverts par la RAMQ et devront être dirigés vers des milieux de chirurgie esthétique et non au CRDS.