



DT9287

CONSULTATION EN UROLOGIE ADULTE ET ENFANT

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.	
Lithiase	<input type="checkbox"/> Calcul urétéral (Prérequis : prescrire A/C urine, créatinine, RX abdominale, uroscan)	C	Suspicion de malignité	<input type="checkbox"/> Examen prostatique suspect (TR) (Prérequis : prescrire APS)	C
	<input type="checkbox"/> Calcul rénal ou vésical asymptomatique (Prérequis : rapport d'IM et prescrire A/C urine, créatinine et uroscan)	D		<input type="checkbox"/> APS élevé recontrôlé après 6 semaines (Prérequis : APS x 2, A/C urine négative)	C
Infection	<input type="checkbox"/> Infection urinaire chez l'homme (Prérequis : prescrire écho rénale et pelvienne, A/C urine)	D	Autres	<input type="checkbox"/> Masse vésicale (Prérequis : rapport d'IM)	C
	<input type="checkbox"/> Infections urinaires basses récidivantes documentées chez la femme (+ de 4 par année) (Prérequis : A/C urine)	E		<input type="checkbox"/> Masse rénale solide ou kyste rénal complexe (Prérequis : créatinine, rapport d'IM et prescrire pyéloscan (si non réalisé))	C
Dysfonction sexuelle	<input type="checkbox"/> Dysfonction érectile avec échec au traitement médical (Prérequis : prescrire testostérone, glycémie, lipides, HbA1c)	E	Autres	<input type="checkbox"/> Masse scrotale suspecte de néoplasie (Prérequis : écho testiculaire)	B
	<input type="checkbox"/> Maladie de La Peyronie	E		<input type="checkbox"/> Complications liées aux bandelettes urinaires Référer à votre centre désigné en santé pelvienne via le formulaire de demande de consultation (https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/programme-sante-pelvienne/centres-designes/)	
	<input type="checkbox"/> Hémospémie récidivante avec examen prostatique non suspect de malignité (Prérequis : prescrire A/C urine, APS si > 40 ans)	E		<input type="checkbox"/> Masse scrotale bénigne : hydrocèle, varicocèle, spermatocele (Prérequis : écho testiculaire)	E
Hématurie	<input type="checkbox"/> Hématurie macroscopique intermittente avec culture négative (Prérequis : prescrire A/C urine, créatinine et pyéloscan)	C	Autres	<input type="checkbox"/> Hydronéphrose obstructive ou symptomatique (Prérequis : rapport d'IM et prescrire créatinine, A/C urine)	C
	<input type="checkbox"/> Hématurie microscopique ≥ 2-5 GR/champ ¹ (Prérequis : prescrire A/C urine, écho abdominale pelvienne)	D		<input type="checkbox"/> Symptômes du bas appareil urinaire chez ♀ et ♂ (incontinence, vessie hyperactive, HBP avec échec de traitement) (Prérequis : A/C urine et APS (si ♂))	E
				<input type="checkbox"/> Syndrome de douleur pelvienne chronique/orchialgie (incluant prostatite chronique, cystalgie) (Prérequis : ITSS négatives, A/C urine)	E
<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"/> Prescrit(s)	
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 Définition de l'hématurie microscopique significative :

Présence de plus de 2 GR/champ lors de 2 analyses par microscope après une certaine période sans exercice, sans menstruation, sans activité sexuelle et sans exploration instrumentale des voies urinaires.

Réf. : Guide de Pratique de l'Association Canadienne d'urologie, juin 2008.

American Urological Association guidelines, 2012.

N.B.

Si l'état de l'utilisateur ne correspond pas à la priorité clinique établie ou s'il s'agit d'une situation imprécise, communiquer avec l'urologue de garde de votre région.

Alertes cliniques (liste non exhaustive)**Diriger l'utilisateur à l'urgence**

- Hématurie macroscopique active (non infectieuse)
- Colique néphrétique non soulagée par la médication
- Hyperthermie d'origine urinaire
- Suspicion de torsion testiculaire
- Rétention urinaire aiguë
- Fracture du pénis ou priapisme