



DT9285

CONSULTATION EN NEUROLOGIE 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.

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|
| Vasculaire (AIT) | <input type="checkbox"/> Symptômes neurologiques focaux transitoires suggestifs d'AIT (ICT) se présentant après > 14 jours | C | Troubles du mouvement | <input type="checkbox"/> Suspicion de parkinsonisme | D |
| | <input type="checkbox"/> Symptômes neurologiques focaux transitoires excluant une parésie unilatérale et un trouble de la parole se présentant entre 48 heures et 14 jours | | | <input type="checkbox"/> Avec chute (excluant patient avec TNC ou comorbidités multiples) | |
| TNC | <input type="checkbox"/> Trouble neurocognitif majeur (TNC) (seront vus en neuro les usagers avec symptômes atypiques ou progression rapide ou moins de 65 ans avec une justification dans la section « Impr. diagn. ») (Prérequis : résultat MMSE : _____ ou MOCA : _____ et joindre rapport) (Souhaitables : bilan sanguin incluant B12, TSH, VDRL et imagerie cérébrale) | D | Épilepsie | <input type="checkbox"/> Tremblement : <input type="checkbox"/> Tête | B |
| | | | | <input type="checkbox"/> Membres supérieurs bilatérales (avec échec au propranolol) | |
| Neuromusculaire | Consultation pour trouble neuromusculaire avec considération EMG : <input type="checkbox"/> Tunnel carpien avec échec au traitement conservateur (orthèse* port nocturne pour 2 mois ou infiltration) et considération chirurgicale Date de prescription de l'orthèse : JJ MM AA Date de l'infiltration : JJ MM AA | E | SEP ou suspicion | <input type="checkbox"/> Convulsion de novo | B |
| | | | | <input type="checkbox"/> Avec impact fonctionnel important au travail Travail : _____ absentéisme : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non arrêt de travail : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non *Orthèse non moulée adéquate https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Technologies/INESSS_EMG_Outil.pdf | |
| | <input type="checkbox"/> Polynéuropathie (autre que secondaire au diabète) Si diabète justifier pourquoi l'examen est nécessaire : atypique? https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Technologies/INESSS_EMG_Outil.pdf | D | Céphalée | <input type="checkbox"/> Suspicion clinique de SEP excluant trouville fortuite d'anomalies à l'IRM (Prérequis : préciser symptômes, anomalies neuro et impact fonctionnel dans section « Impr. diagn. ») | D |
| | <input type="checkbox"/> Radiculopathie avec atteinte motrice et/ou sensitive (sans drapeaux rouges) | | | <input type="checkbox"/> Diagnostic confirmé (sans neurologue traitant) : <input type="checkbox"/> Poussée active (préciser) <input type="checkbox"/> Poussée récente (préciser) <input type="checkbox"/> Maladie stable (préciser) | |
| | <input type="checkbox"/> Atteinte fonctionnelle sévère et considération chirurgicale (précoce) Impact majeur AVD et AVQ et échec au traitement conservateur pendant > 6 semaines et < 6 mois Date de début des symptômes : JJ MM AA | C | D | <input type="checkbox"/> Migraine avec échec au traitement abortif (Triptan) et 2 traitements prophylactiques. Nommer les médicaments essayés : Triptan : _____ Prophylaxie : 1) _____ 2) _____ | D |
| | <input type="checkbox"/> Atteinte fonctionnelle modérée et considération chirurgicale et/ou infiltration Impact majeur AVD et AVQ et échec au traitement conservateur pendant > 6 mois (physiothérapie préalable suggérée) https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Technologies/INESSS_EMG_Outil.pdf | | | <input type="checkbox"/> Suspicion céphalée de Horton (Cluster) (Prérequis : justifier manif. autonomiques) | |
| <input type="checkbox"/> Suspicion de SLA, myasthénie grave ou myopathie <input type="checkbox"/> Avec faiblesse objective ou CK > 1000 | D | C | <input type="checkbox"/> Névralgie du trijumeau (Prérequis : décrire dir paroxystique, territoire, zone gachette, etc.) (Souhaitable : tentative tx à la Carbamazépine) | C | |
| <input type="checkbox"/> Mononévrite isolée (cubitale, SPE, autres) <input type="checkbox"/> Avec faiblesse et atteinte fonctionnelle | | | <input type="checkbox"/> Autre type de céphalée primaire Conseil numérique recommandé | | |
| | E | | <input type="checkbox"/> Anomalies à l'imagerie fortuite, d'interprétation douteuse ou par suggestion d'un radiologiste. Conseil numérique recommandé | E | |

1

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) :**

- Disponible(s) dans DSQ
- Annexé(s) à la présente demande

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 : Idem au médecin référent 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 | | |

Alertes cliniques (liste non exhaustive)

Diriger l'utilisateur à l'urgence

- Symptômes neurologiques transitoires soient : hypoesthésie latéralisée, cécité monoculaire, hémianopsie, dysmétrie ou vertige avec autres signes neurologiques et **excluant** un trouble moteur ou un trouble de la parole depuis **≤ 48 heures**
Utiliser le formulaire de l'Accueil clinique si disponible dans la région
- Parésie unilatérale et/ou un trouble de la parole transitoire ou fluctuante se présentant entre **48 heures et 14 jours**
Utiliser le formulaire de l'Accueil clinique si disponible dans la région
- Suspicion d'un AIT/AVC avec parésie unilatérale et/ou trouble de la parole persistant, fluctuant ou transitoire depuis < 48 heures
- Céphalée à début subit ou qui s'accompagne d'indices d'alarme (température, déficit neurologique, altération du sensorium, papilloedème, suspicion d'artérite temporale, etc.)
- Altération de l'état de conscience ou état confusionnel aigu
- Status épileptique ou crises convulsives à répétition
- Suspicion d'une atteinte médullaire rapidement progressive
- Suspicion d'un syndrome de Guillain-Barré

Liste de diagnostics pour lesquels une consultation en neurologie n'est pas indiquée ou pour lesquels il existe des ressources spécialisées régionales :

- TDAH
- Vertiges isolés (diriger en ORL)
- Lombalgie et cervicalgie isolées (sans signe ou symptôme de radiculopathie)
- TCC et syndrome post-commotionnel
- Trouble du sommeil