



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	C		<input type="checkbox"/> Avec chute (excluant patient avec TNC ou comorbidités multiples)	C
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	Tremblement : <input type="checkbox"/> Tête <input type="checkbox"/> Membres supérieurs bilatérales (avec échec au propranolol)	D	
			<input type="checkbox"/> Autres troubles mouvements (Prérequis : préciser type de troubles)	E	
Neuromusculaire	<input type="checkbox"/> Convulsion de novo		Épilepsie	Épilepsie connue sans neurologue traitant : <input type="checkbox"/> Contrôlée/demande de réévaluation <input type="checkbox"/> Non contrôlée <input type="checkbox"/> Perte de conscience inexplicée	B
	<input type="checkbox"/> Tunnel carpien avec impact fonctionnel important au travail (et échec au traitement conservateur) Orthèse (non moulée adéquate) 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"/> Suspicion clinique de SEP excluant trouville fortuite d'anomalies à l'IRM (Prérequis : préciser symptômes, anomalies neuro et impact fonctionnel dans section « Impr. diagn. »)
	<input type="checkbox"/> Tunnel carpien avec impact fonctionnel important au travail (et échec au traitement conservateur) 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) port nocturne pour 2 mois ou infiltration et considération chirurgicale Prérequis : Préciser la date de prescription de l'orthèse et/ou la date d'infiltration. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Technologies/INESSS_EMG_Outil.pdf	D	Diagnostic confirmé (sans neurologue traitant) : <input type="checkbox"/> Pousseée active (préciser) <input type="checkbox"/> Pousseée récente (préciser) <input type="checkbox"/> Maladie stable (préciser)		B
	<input type="checkbox"/> Polyneuropathie (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	E	Céphalée	<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"/> Radiculopathie avec atteinte motrice et/ou sensitive (sans drapeaux rouges)			<input type="checkbox"/> Suspicion céphalée de Horton (Cluster) (Prérequis : justifier manif. autonomiques)	C
	<input type="checkbox"/> Atteinte fonctionnelle sévère avec impact majeur AVD-AVQ Pour > 6 semaines et < 6 mois avec considération chirurgicale et échec au traitement conservateur. Date de début des symptômes : JJ MM AA	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"/> Atteinte fonctionnelle sévère avec impact majeur pour les AVD-AVQ Pour > 6 mois avec considération chirurgicale et/ou infiltration. Échec au traitement conservateur pendant plus de 6 semaines. (physiothérapie préalable suggérée) https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Technologies/INESSS_EMG_Outil.pdf	D	<input type="checkbox"/> Autre type de céphalée primaire Conseil numérique recommandé		E	
<input type="checkbox"/> Suspicion de SLA, myasthénie grave ou myopathie	C				
<input type="checkbox"/> Avec faiblesse objective ou CK > 1000					
<input type="checkbox"/> Mononévrite isolée (cubitale, SPE, autres)	E		<input type="checkbox"/> Anomalies à l'imagerie fortuite, d'interprétation douteuse ou par suggestion d'un radiologiste. Conseil numérique recommandé	E	
<input type="checkbox"/> Avec faiblesse et atteinte fonctionnelle	D				
<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		
Besoins spéciaux :					
Identification du professionnel référent et du point de service.			Estampe		
Nom du professionnel référent		N° de permis	N° RAMQ pour un professionnel autre qu'un médecin		
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					

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