



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	E
				<input type="checkbox"/> Membres supérieurs bilatérales (avec échec au propranolol)	
Neuromusculaire	<input type="checkbox"/> Convulsion de novo	E	SEP ou suspicion	<input type="checkbox"/> Épilepsie connue sans neurologue traitant : <input type="checkbox"/> Contrôlée/demande de réévaluation	B
	<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			<input type="checkbox"/> Non contrôlée	
	<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 <a href="https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Technologies/INESSS_EMG_Outil.pdf">https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Technologies/INESSS_EMG_Outil.pdf</a>			<input type="checkbox"/> Perte de conscience inexplicée	
	<input type="checkbox"/> Polynéuropathie (autre que secondaire au diabète) Si diabète justifier pourquoi l'examen est nécessaire : atypique? <a href="https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Technologies/INESSS_EMG_Outil.pdf">https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Technologies/INESSS_EMG_Outil.pdf</a>			<input type="checkbox"/> Suspicion clinique de SEP excluant trouvaite d'anomalies à l'IRM (Prérequis : préciser symptômes, anomalies neuro et impact fonctionnel dans section « Impr. diagn. »)	
	<input type="checkbox"/> Radiculopathie avec atteinte motrice et/ou sensitive (sans drapeaux rouges)			Diagnostic confirmé (sans neurologue traitant) : <input type="checkbox"/> Poussée active (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			<input type="checkbox"/> Poussée récente (préciser)	
<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) <a href="https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Technologies/INESSS_EMG_Outil.pdf">https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Technologies/INESSS_EMG_Outil.pdf</a>	<input type="checkbox"/> Maladie stable (préciser)				
<input type="checkbox"/> Suspicion de SLA, myasthénie grave ou myopathie	Céphalée	D	E	<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"/> Avec faiblesse objective ou CK > 1000				<input type="checkbox"/> Suspicion céphalée de Horton (Cluster) (Prérequis : justifier manif. autonomiques)	
<input type="checkbox"/> Mononévrite isolée (cubitale, SPE, autres)	C	D	E	<input type="checkbox"/> Névralgie du trijumeau (Prérequis : décrire dir paroxystique, territoire, zone gachette, etc.) (Souhaitable : tentative tx à la Carbamazépine)	C
<input type="checkbox"/> Avec faiblesse et atteinte fonctionnelle				<input type="checkbox"/> Autre type de céphalée primaire Conseil numérique recommandé	
<input type="checkbox"/> Autre raison de consultation non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique (justification OBLIGATOIRE dans la section suivante) :				<input type="checkbox"/> Anomalies à l'imagerie fortuite, d'interprétation douteuse ou par suggestion d'un radiologiste. Conseil numérique recommandé	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
--	--

Besoins spéciaux :	Estampe	
Identification du médecin référent et du point de service		
Nom du médecin référent		N° de permis
Ind. rég. N° de téléphone		N° de poste
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