



DT9211

CONSULTATION EN DERMATOLOGIE ADULTE ET PÉDIATRIQUE

Attention : • Consulter les alertes cliniques au verso avant de remplir ce formulaire.
• Ne pas utiliser ce formulaire pour les services non assurés.

Le traitement des conditions suivantes n'est pas assuré par la RAMQ : acrochordon, kératose séborrhéique, milia, lentigo solaire, melasma, kyste épidermique non inflammé ou infecté, angiome rubis, angiome stellaire, couperose, etc. Veuillez utiliser les corridors de service de votre région pour référer le patient.

Consulter les algorithmes de traitements pour les maladies cutanées courantes : <https://www.dermatoqc.org/medecin/algorithmes>

| | | | |
|--------------------------------|--------------|-----------|----------------------|
| Nom et prénom de l'utilisateur | | | |
| N° d'assurance maladie | | Année | |
| Expiration | | Mois | |
| 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 suivants : spécialiste de garde, accueil clinique, etc. |
|-------------------------------|--|

| | |
|--------------------|--|
| OBLIGATOIRE | 1- Diagnostic probable : |
| | 2- Site(s) anatomique(s) atteint(s) : |
| | 3- Le patient est-il : <input type="checkbox"/> Immunosupprimé <input type="checkbox"/> Enceinte <input type="checkbox"/> Âgé de moins de 1 an <input type="checkbox"/> Aucune de ces conditions |
| | 4- Durée de la maladie : |
| | 5- Nom des traitements tentés pour la raison de consultation et durée de ceux-ci : |
| | 6- Le patient a-t-il été vu par un dermatologue? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, inscrire le nom du dermatologue. Joindre une copie des notes et le rapport de pathologie le cas échéant. |

| | | | | | |
|----------------|--|-----------------------------------|--|--|--|
| Tumoral | Obligatoire : Taille de la lésion la plus suspecte : <input type="checkbox"/> < 5 mm <input type="checkbox"/> 5-10 mm <input type="checkbox"/> > 10 mm | Inflammatoire / Infectieux | Obligatoire : Nombre de lésion(s) : <input type="checkbox"/> ≤ 10 lésions <input type="checkbox"/> 11-30 lésions <input type="checkbox"/> > 30 lésions Atteintes incapacitantes : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| | <input type="checkbox"/> Kératose séborrhéique probable, éliminer lésion suspecte. <i>Note : Les kératoses séborrhéiques et les naevi bénins peuvent se modifier au cours de leur évolution normale. Le traitement de ces conditions n'est pas assuré par la RAMQ</i> | | E | Lésions érythémato-squameuses (ex : eczéma, psoriasis, tinea) <i>Note : 1 paume = 1%</i> <i>Prérequis : échec à au moins 2 traitements topiques, dont un corticostéroïde topique (8 semaines au total)</i> | <input type="checkbox"/> Étendues > 30% de la surface corporelle ou palmo-plantaire sévère D |
| | <input type="checkbox"/> Naevus atypique probable, éliminer mélanome | | C | <input type="checkbox"/> Limitées < 30% de la surface corporelle E | |
| | <input type="checkbox"/> Mélanome très probable (description et évolution détaillées de la lésion obligatoire) | | B | <input type="checkbox"/> Lésions bulleuses non infectieuses sans atteinte de l'état général C | |
| | Tumeur suspecte de cancer, autre que mélanome (ex. : carcinome basocellulaire ou épidermoïde) | | <input type="checkbox"/> LENTEMENT évolutive D <input type="checkbox"/> RAPIDEMENT évolutive (< de 8 semaines) C | <input type="checkbox"/> Acné nodulo-kystique et cicatricielle incapacitante <i>Prérequis : 1 – moyen de contraception initié chez la femme en âge de procréer 2 – échec à 2 traitements topiques et antibiotique PO x 4 à 6 mois</i> | D |
| | <input type="checkbox"/> Kératoses actiniques (prérequis : échec à la cryothérapie OU au 5FU topique) | | E | <input type="checkbox"/> Autres lésions acnéiformes (ex : acné vulgaire, acné rosacée, folliculite, etc.) <i>Prérequis : échec au traitement topique et antibiotique PO x 4 à 6 mois</i> | E |
| | <input type="checkbox"/> Hémangiome du nourrisson nécessitant un traitement selon https://www.ihscoring.com/frca/step-1/ | | B | <input type="checkbox"/> Hidradénite suppurée modérée à sévère (plus de 10 nodules, abcès, fistules et cicatrices aux plis) <i>Prérequis : échec au traitement topique et antibiotique PO x 6 mois</i> | D |
| | <input type="checkbox"/> Tache de vin de l'enfant âgé de moins d'un an | | C | <input type="checkbox"/> Urticaire chronique idiopathique (durée > 6 semaines) <i>Prérequis : échec 4 X dose antihistaminique de 2^e génération ou dose maximale tolérée par le patient. Si dose < 4 X, justifier. Voir annexe 1 pour les posologies</i> | D |

| | |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Autre raison de consultation non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique OBLIGATOIRE : Impression diagnostique et description détaillée de la morphologie et de l'évolution des lésions | Priorité clinique |
|---|--------------------------|

Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires

Si disponible, annexer les documents pertinents

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 | |

Alertes cliniques (liste non exhaustive) – Référer l'utilisateur vers l'urgence

- Éruption pan-corporelle aiguë avec atteinte de l'état général
- Éruption pustuleuse, bulleuse ou érosive avec atteinte de l'état général ou atteinte des muqueuses
- Purpura aigu et progressif
- Urticaire aiguë avec angio-œdème

Annexe 1 : Exemples d'antihistaminiques de deuxième génération à dose standard et optimisée

- cetirizine 10-40 mg PO/jour (4X la dose = 20 mg PO bid)
- desloratidine 5-20 mg PO/jour (4X la dose = 10 mg PO bid)
- loratidine 10-40 PO/jour (4X la dose = 20 mg PO bid)
- rupatadine 10 mg PO/jour (4X la dose = 20 mg PO bid)

Cette liste est fournie à titre d'exemple et n'est pas exhaustive. L'hydroxyzine et la diphenhydramine sont des antihistaminiques de première génération.

Informations complémentaires importantes

- L'examen cutané de dépistage n'est pas un motif de consultation en dermatologie.
- Les demandes de consultation pour des conditions dont le traitement est non médicalement requis (ex. : des tumeurs bénignes comme les acrochordons, les kératoses séborrhéiques ou les nævi non suspects, ne causant pas de trouble fonctionnel objectivable) ne doivent pas être référées en dermatologie via ce formulaire.