



DT9425

CONSULTATION EN IMMUNO-ALLERGIE ADULTE ET PÉDIATRIQUE

Attention : Consulter les alertes cliniques au verso et favoriser les protocoles de l'Accueil clinique (si disponibles) avant de remplir ce formulaire.

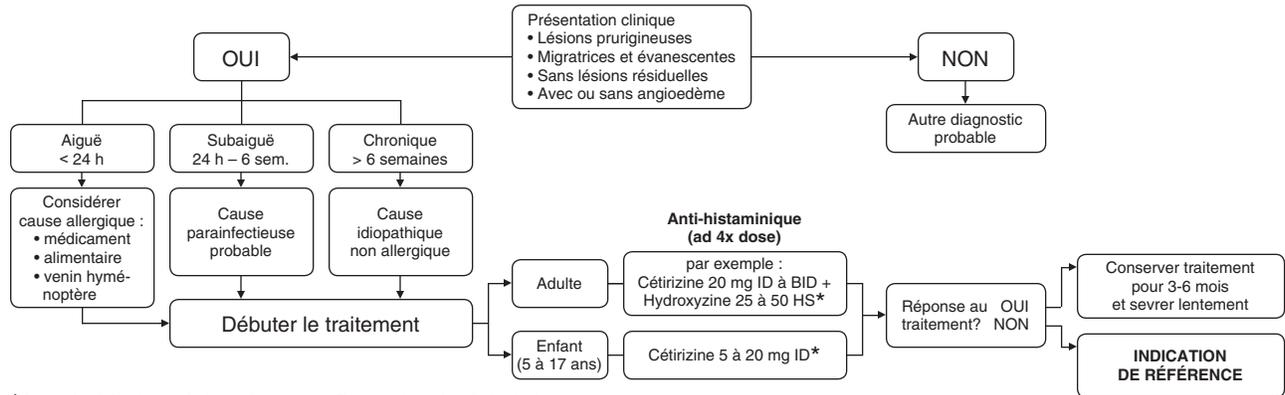
Nom et prénom de l'utilisateur			
N° d'assurance maladie		Année	Mois
		Expiration	
Nom et prénom du parent			
Ind. rég.	N° téléphone	Ind. rég.	N° téléphone (autre)
Adresse			
Code postal			

Raison de consultation		Échelle de priorité clinique : A : ≤ 3 jrs B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois						
Respiratoire	Rhinite/sinusite à répétition	<input type="checkbox"/> Évaluation et opinion thérapeutique	E	Urticaire/ Angioedème ²	<input type="checkbox"/> Urticaire ² chronique > 6 semaines (avec ou sans angioedème) non contrôlée avec 4 fois la dose d'antihistaminique de 2 ^e génération	D		
		<input type="checkbox"/> Dépistage d'allergie	E			Pour l'urticaire aiguë : se référer au tableau ² au verso ou autre section du formulaire		
		<input type="checkbox"/> Évaluation pour désensibilisation	E					
	Asthme	<input type="checkbox"/> Évaluation et opinion thérapeutique	E		<input type="checkbox"/> Angioedème ² isolé malgré l'arrêt de l'IECA ³ ≥ 2 épisodes		D	
		<input type="checkbox"/> Dépistage d'allergie	E					
		<input type="checkbox"/> Évaluation pour désensibilisation	E					
Alimentaire	Allergies alimentaires ¹ (spécifier l'aliment(s) suspecté(s)) <i>*Prescrire l'auto-injecteur d'épinéphrine</i>	Âge < 2 ans	<input type="checkbox"/> ≥ 2 aliments	D	Immuno-déficience	Déficit immunologique suspecté ⁴ (Prérequis : FSC, IgG, IgA, IgM)	<input type="checkbox"/> Si IgG anormal	D
			<input type="checkbox"/> 1 seul aliment	E			<input type="checkbox"/> Si IgG normal	E
		<input type="checkbox"/> Âge ≥ 2 ans	E	Médicament			(Prérequis : spécifier le(s) médicament(s) et la réaction dans la section renseignements cliniques)	<input type="checkbox"/> Pénicilline ⁵
Anaphylaxie	Anaphylaxie ¹ de cause inexplicite <i>*Prescrire l'auto-injecteur d'épinéphrine</i> Critères diagnostiques d'anaphylaxie : ≥ 2 systèmes atteints (spécifier) : • Système cutané incluant angioedème • Système respiratoire • Système gastrointestinal • Système cardiovasculaire	<input type="checkbox"/> ≥ 2 épisodes dans la dernière année	C		<input type="checkbox"/> Autre médicament ⁵	E		
		<input type="checkbox"/> 1 ^{er} épisode	D		<input type="checkbox"/> Médication essentielle ⁵ sans alternative ET besoin de prescrire dans un court délai (préciser)	C		
Anaphylaxie	Anaphylaxie ¹ de cause identifiée, se référer aux autres sections du formulaire			Vaccin	Allergie à un vaccin : Remplir le formulaire « Déclaration de manifestations cliniques après une vaccination » ⁶ et l'acheminer à la Direction de la santé publique. Ne pas référer au CRDS.			
		<input type="checkbox"/> Allergies aux insectes avec réactions systémiques <i>*Prescrire l'auto-injecteur d'épinéphrine</i>	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 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 Veuillez noter qu'il y a une période réfractaire possible de 6 semaines pour la validité des tests (faux négatif) post réaction anaphylactique

² Traitement de l'urticaire et de l'angioedème (voir tableau ci-dessous)



* La corticothérapie systémique n'est pas un Tx de 1^{re} intention de l'urticaire

³ IECA : Inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine

⁴ Déficit immunitaire suspecté : http://allerg.qc.ca/Information_allergique/p4a_immunodeficiency.html

⁵ En cas d'une nouvelle réaction médicamenteuse, remplir le formulaire AH-707 (Déclaration d'une nouvelle réaction d'allergie médicamenteuse)

⁶ Lien pour formulaire de déclaration : http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/piq/chap7_mci-formulaire-generique.doc

Alertes cliniques (liste non exhaustive)

Diriger l'usager vers l'urgence

- Anaphylaxie aiguë
- Exacerbation d'asthme aiguë sévère ou sans réponse à la corticothérapie orale depuis 24 h