



DT9487

CONSULTATION EN PNEUMOLOGIE 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 : A : ≤ 3 jrs B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois						
Suspicion de néoplasie	Utiliser formulaire d'Accueil clinique si disponible	<input type="checkbox"/> Hémoptysie persistante	B	Infection respiratoire/Toux	<input type="checkbox"/> Infiltrat persistant ou lentement résolutif (> 1 mois) à la radiographie pulmonaire malgré traitement	C		
		Nodule ou lésion suspecte sans néoplasie connue <i>(Prérequis : rapport TDM)</i>	<input type="checkbox"/> > 15 mm		B	<input type="checkbox"/> Bronchiectasies symptomatiques	D	
			<input type="checkbox"/> 8-15 mm		C	<input type="checkbox"/> Toux chronique (> 8 semaines) avec radiographie pulmonaire normale	E	
		<input type="checkbox"/> Épanchement pleural nouveau, unilatéral et symptomatique	B	Apnée	Apnée obstructive du sommeil suspectée ou traitée ET hypersomnolence diurne sévère OU EPWORTH ¹ ≥ 15 OU Index de désaturation (IDO) ≥ 30/h	<input type="checkbox"/> AVEC métier à risque <i>(Prérequis : justifier)</i>	C	
<input type="checkbox"/> Micronodule < 8 mm évolutif à la TDM de suivi	D	<input type="checkbox"/> SANS métier à risque	D					
<input type="checkbox"/> Adénopathie médiastinale ou hilare > 1 cm	C	MPOC/Asthme	Apnée du sommeil suspectée ou réévaluation de traitement		<input type="checkbox"/> Dyspnée d'effort inexplicquée (non cardiaque, sans anémie avec radiographie pulmonaire normale) <i>(Prérequis : justifier dans la section renseignements cliniques)</i>	E		
Exacerbation aiguë avec échec du plan d'action (corticothérapie orale ou antibiothérapie) <i>(Prérequis : détailler traitement)</i>	<input type="checkbox"/> MPOC			B			<input type="checkbox"/> Maladies pulmonaires interstitielles (ex. : fibrose) <i>(Prérequis : rapport TDM)</i>	D
	<input type="checkbox"/> Asthme			B				
MPOC/Asthme suspecté ou réponse inadéquate au traitement de base <i>(Prérequis : spirométrie si disponible)</i>	<input type="checkbox"/> MPOC	E	Autres	<input type="checkbox"/> Maladies pulmonaires interstitielles (ex. : fibrose) <i>(Prérequis : rapport TDM)</i>	D			
	<input type="checkbox"/> Asthme	E						
<input type="checkbox"/> Réadaptation respiratoire	E							
<input type="checkbox"/> Autre raison de consultation non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique <i>(justification OBLIGATOIRE dans la section suivante) :</i>					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 <input type="checkbox"/> Prescrit(s)				
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 Référer à l'échelle de somnolence d'EPWORTH :

<http://sommeil-mg.net/spip/questionnaires/Echelle%20D'Epworth.pdf>

Alertes cliniques (liste non exhaustive)

Diriger l'utilisateur vers l'urgence

- PNEUMONIE : Tableau clinique de pneumonie avec signes de sévérité (désaturation < 90 %, confusion, hypotension, etc.) ou fièvre persistante (> 48 h) sous traitement antibiotique
- MPOC : Détérioration grave AVEC somnolence ou désaturation < 90 %
- HÉMOPTYSIE IMPORTANTE (100 ml ou +) ou répétée (20 ml à quelques reprises dans la même journée)
- ASTHME : Exacerbation d'asthme aiguë sévère ou sans réponse à la corticothérapie orale depuis 24 h
- DYSPNÉE : Au repos, rapidement progressive (< 1 semaine)
- SUSPICION D'EMBOLIE PULMONAIRE
- ÉPANCHEMENT PLEURAL significatif AVEC fièvre associée ou suspicion d'infection (empyème) ou désaturation < 90 %