



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 : **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.

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	
	Asthme	<input type="checkbox"/> Évaluation et opinion thérapeutique	E		Pour l'urticaire aiguë : se référer au tableau ² au verso ou autre section du formulaire		
		<input type="checkbox"/> Dépistage d'allergie	E		<input type="checkbox"/> Angioedème ² isolé malgré l'arrêt de l'IECA ³ ≥ 2 épisodes	D	
Alimentaire	Allergies alimentaires ¹ (spécifier l'aliment(s) suspecté(s)) *Prescrire l'auto-injecteur d'épinéphrine	Âge < 2 ans	<input type="checkbox"/> ≥ 2 aliments	D	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	
Anaphylaxie	Anaphylaxie ¹ de cause inexplicquée *Prescrire l'auto-injecteur d'épinéphrine Critères diagnostiques d'anaphylaxie : ≥ 2 systèmes atteints (spécifier) : • Système cutané incluant angioedème • Système respiratoire • Système gastrointestinal • Système cardiovasculaire	≥ 2 épisodes dans la dernière année	<input type="checkbox"/> 1 ^{er} épisode	D	Médicament (Prérequis : spécifier le(s) médicament(s) et la réaction dans la section renseignements cliniques)	<input type="checkbox"/> Pénicilline ⁵	E
			<input type="checkbox"/> Âge ≥ 2 ans	E		<input type="checkbox"/> Autre médicament ⁵	E
	Anaphylaxie ¹ de cause identifiée, se référer aux autres sections du formulaire					<input type="checkbox"/> Médication essentielle ⁵ sans alternative ET besoin de prescrire dans un court délai (préciser)	C
	<input type="checkbox"/> Allergies aux insectes avec réactions systémiques *Prescrire l'auto-injecteur d'épinéphrine			D	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"/> Autre raison de consultation non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique (justification OBLIGATOIRE dans la section suivante) :	Priorité clinique
---	-------------------

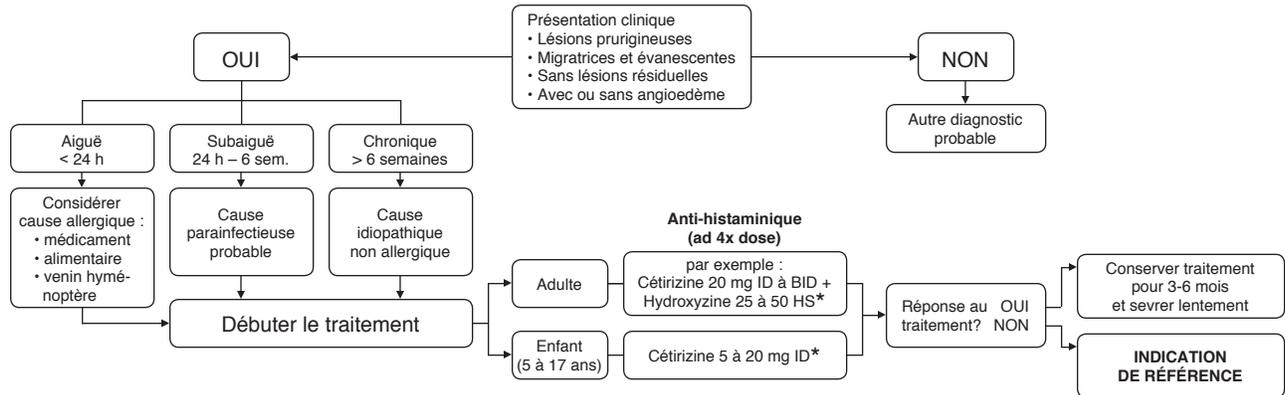
Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires	Si prérequis exigé(s) :
	<input type="checkbox"/> Disponible(s) dans DSQ
	<input type="checkbox"/> Annexé(s) à la présente demande

Besoins spéciaux :			
Identification du professionnel référent et du point de service			
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			

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 : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/mci/declarer-une-mci/>

Alertes cliniques (liste non exhaustive)

Diriger l'utilisateur vers l'urgence

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