



DT9423

## CONSULTATION EN CHIRURGIE PLASTIQUE 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'usager			
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				
Main et doigts	<input type="checkbox"/> Tunnel carpien qui ne répond pas au traitement médical après 2 mois (orthèse <sup>1</sup> et infiltration)	D	Cutané/tissu mou	<input type="checkbox"/> Masse bénigne (ex. : lipome, kyste sébacés, etc.) causant des symptômes d'ordre fonctionnel objectivable. (Prérequis : rapport d'imagerie pour masse supérieure à 5 cm)	E	
	Doigt gachette	<input type="checkbox"/> Avec blocage permanent		C	<input type="checkbox"/> Lésion cutanée maligne avec <b>pathologie confirmée</b> (ex. : basocellulaire, spinocellulaire, mélanome, etc.) (Prérequis : rapport de pathologie)	B
		<input type="checkbox"/> Sans blocage ou blocage intermittent réductible		D		
	<input type="checkbox"/> Kyste arthro-synovial	E		<input type="checkbox"/> Lésion cutanée bénigne <sup>2</sup>	E	
	Maladie de Dupuytren	<input type="checkbox"/> Avec perte d'extension		D	<input type="checkbox"/> Cicatrice vicieuse du visage	E
		<input type="checkbox"/> Sans perte d'extension		E	<input type="checkbox"/> Réduction mammaire	E
	<input type="checkbox"/> Tendinite De Quervain avec échec au traitement médical après 2 mois (orthèse <sup>1</sup> et infiltration)	D		Sein	<input type="checkbox"/> Asymétrie mammaire	E
	<input type="checkbox"/> Rhizarthrose <b>invalidante</b> avec échec au traitement médical (orthèse <sup>1</sup> et infiltration) (Prérequis : RX main)	D			<input type="checkbox"/> Reconstruction mammaire post néoplasie	E
	<input type="checkbox"/> Fracture aiguë et non déplacée de la main (voir alertes cliniques au verso) (Prérequis : RX et immobilisation adéquate)	B		Autres	<input type="checkbox"/> Gynécomastie (Prérequis : imagerie médicale, bilan endocrinien)	E
	<input type="checkbox"/> Doigt en Mailet (Mallet finger) (Prérequis : RX et immobilisation adéquate)	B			<input type="checkbox"/> Fracture immobilisée non déplacée du carpe incluant scaphoïde (voir alertes cliniques au verso) (Prérequis : RX du poignet incluant vue du scaphoïde)	B
<input type="checkbox"/> Luxation réduite des doigts (voir alertes cliniques au verso) (Prérequis : RX post réduction)	B	Plaies complexes et chroniques : Référer à la clinique de plaie de votre région et non au CRDS				
<input type="checkbox"/> Autre raison de consultation non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique (justification <b>OBLIGATOIRE</b> 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 <input type="checkbox"/> Immobilisation adéquate			
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

- <sup>1</sup> Information sur la prescription d'orthèse : orthèse: <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/programmes-aide/appareils-suppleant-deficience-physique/Pages/appareils-suppleant-deficience-physique.aspx>
- <sup>2</sup> L'exérèse de certaines lésions ou masses bénignes n'est pas toujours un service assuré par la RAMQ (ex. : acrochordon, lipome et kératose séborrhéique, etc.) et pourrait être aux frais de l'utilisateur. Merci de l'en aviser
- <sup>3</sup> Lien web pour critères de référence dans les Centres d'expertises pour grands brûlés : [http://fecst.inesss.qc.ca/fileadmin/documents/Publications/VBG\\_criteres\\_transfert\\_vers\\_centre\\_expertise.pdf](http://fecst.inesss.qc.ca/fileadmin/documents/Publications/VBG_criteres_transfert_vers_centre_expertise.pdf)

### Pour les conditions cliniques suivantes, communiquer avec le plasticien de garde de votre région :

- Lacération refermée non compliquée avec atteinte tendineuse ou du nerf digital sans compromis vasculaire
- Lacération main et doigt avec perte de substance > 1 cm<sup>2</sup> des tissus mous ou exposition des structures (voir aussi alertes cliniques)

### Alertes cliniques (liste non exhaustive)

#### Diriger l'utilisateur vers l'urgence

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Fracture déplacée ou ouverte ou immobilisation impossible (carpe, métacarpe, phalange)</li><li>• Compromis vasculaire digital</li><li>• Arthrite septique ou ténosynovite infectieuse</li><li>• Luxation non réductible</li><li>• Amputation digitale</li><li>• Lacérations avec perte de substances très étendue des tissus mous (ex. : dégainement d'un doigt ou dos de la main) ou plaie très <i>contaminée</i></li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Fracture du visage (os malaire, nez, mandibule, orbite)</li><li>• Brûlure aiguë répondant aux critères d'un centre d'expertise<sup>4</sup></li><li>• Syndrome du compartiment</li><li>• Lacération complexe difficile à refermer</li></ul> |
|--|--|

#### Informations complémentaires importantes

- ❖ Les cicatrices vicieuses autres qu'au visage et les cas d'esthétiques ne sont pas couverts par la RAMQ et devront être dirigés vers des milieux de chirurgie esthétique et non au CRDS.