



DT9284

CONSULTATION EN NÉPHROLOGIE 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 : B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois <i>Pour les consultations de priorité A (≤ 3 jrs), ne pas les transmettre au CRDS ; utiliser les corridors suivant : spécialiste de garde, accueil clinique, etc.</i>				
Prérequis : Créatinine, DFGe, Na, K, Cl, Ca, Ph, Mg, albumine, analyse urine et ratio protéine/créatinine sur un échantillon (spot urinaire) pour toute raison de consultation. Pour l'IRC : DFGe entre 46-60 ml/min l'échographie rénale est obligatoire.						
Souhaitable : Prescrire une échographie rénale (si non déjà réalisée) pour toute raison de consultation sauf pour les troubles électrolytiques.						
IRA	<input type="checkbox"/> IRA significative : Avant de référer pour une IRA, vous devez avoir 2 valeurs de créatinine sur une période entre 2 et 7 jours . <i>(Prérequis : 2 rapports de créatinine et écho rénale demandée)</i>	C	HTA	<input type="checkbox"/> Réfractaire malgré 3 médicaments et plus, incluant un diurétique	D	
	<input type="checkbox"/> IRC : DFGe entre 15-45 ml/min stable <i>(Prérequis : l'échographie rénale demandée)</i>	D		<input type="checkbox"/> Troubles électrolytiques et/ou acidose métabolique contrôlée à 2 reprises sur une période de 10 jours (après investigation et traitement).	D	
IRC	<input type="checkbox"/> IRC : DFGe < 15 ml/min <i>(Prérequis : l'échographie rénale demandée)</i>	B	Autres	<input type="checkbox"/> Polykystose L'utilisation du conseil numérique est fortement recommandée	E	
	<input type="checkbox"/> IRC : DFGe entre 46-60 ml/min <i>(Prérequis : l'échographie rénale est obligatoire)</i> L'utilisation du conseil numérique est fortement recommandée	E		<input type="checkbox"/> Évaluation métabolique pour lithiases rénales (2 épisodes et +) L'utilisation du conseil numérique est fortement recommandée	E	
Protéinurie	Protéinurie <i>(Prérequis : protéine/créat sur une miction (spot urinaire) ou collecte urinaire de 24 h)</i> Cf Tableau d'équivalence au verso	<input type="checkbox"/> > 3 g/24 h avec hypoalbuminémie et anasarque		B	<input type="checkbox"/> Maladies génétiques rénales L'utilisation du conseil numérique est fortement recommandée	E
		<input type="checkbox"/> Grave <i>(voir tableau au verso)</i>		C	<input type="checkbox"/> Anomalie de l'anatomie rénale avec baisse du TFGE < 90 ml/min (rein unique, fer à cheval, atrophie rénale) <i>Dans le cas d'un TFGE > 90 ml/min, envisagez une consultation au Conseil Numérique selon évolution.</i>	E
		<input type="checkbox"/> Modérée <i>(voir tableau au verso)</i>		D	<input type="checkbox"/> Hématurie isolée après investigation urologique négative <i>(Prérequis : créatinine, A/C urine)</i> L'utilisation du conseil numérique est fortement recommandée	E
	<input type="checkbox"/> Légère <i>(voir tableau au verso)</i> L'utilisation du conseil numérique est fortement recommandée	E				
<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				Estampe		
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						

Protéinurie : Tableau d'équivalence pour l'albuminurie et la protéinurie entre l'échantillon urinaire (albumine/créatinine ou protéine/créatinine) et la collecte urinaire de 24 heures

	Albuminurie			Protéinurie					
	Ratio		24 h	Ratio				24 h	
	mg/mmol	mg/g	mg	mg/mmol	g/mmol	mg/g	g/g	mg	G
Normal	< 3	< 30	< 30	< 15	< 0,015	< 150	< 0,15	< 150	< 0,15
Protéinurie < 1 g/jour (légère)	< 60	< 600	< 600	< 100	< 0,1	< 1000	< 1,0	< 1000	< 1,0
Protéinurie 1-3 g/jour (modérée)	60-180	600-1800	600-1800	100-300	0,1-0,3	1000-3000	1,0-3,0	1000-3000	1,0-3,0
Protéinurie > 3 g/jour (grave)	> 180	> 1800	> 1800	> 300	> 0,3	> 3000	> 3,0	> 3000	> 3,0

Alertes cliniques (liste non exhaustive)

Communiquer avec le néphrologue de garde ou diriger l'utilisateur à l'urgence

- IRA : Baisse du DFGe à moins de 15 ET symptômes urémiques ou atteintes à d'autres organes
- Augmentation de la créatinine > 200 %
- Augmentation de la créatinine > 100 % avec hématurie et protéinurie
- Glomérulonéphrite avec hémoptysie (exemple : vasculite)
- Troubles électrolytiques sévères et/ou symptomatiques
- Troubles acido-basiques sévères
- HTA sévère symptomatique