



CNM08005

**DEMANDE DE SERVICE EN PNEUMOLOGIE**

**Attention :** Favoriser les protocoles de l'Accueil clinique (urgentologues) avant de remplir ce formulaire

No dossier		
Nom, Prénom de l'utilisateur		
DDN	N° d'assurance maladie	Exp.
Adresse		
N° téléphone		
N° téléphone (autre)		

Ne rien inscrire dans la marge

<b>Transmettre les pages 1 et 2 par télécopieur au guichet d'accès santé physique (GASP) au 514 495-6722</b>			
Installation désirée : <input type="checkbox"/> Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal <input type="checkbox"/> Hôpital Fleury <input type="checkbox"/> Hôpital Jean-Talon			
Date de la demande de consultation : AAAA/MM/JJ			
<b>Raison de consultation/Échelle de priorité clinique : B : ≤ 10 jours C : ≤ 28 jours D : ≤ 3 mois E : ≤ 6 mois</b>			
N.B. Le délai du rendez-vous a été établi pour chacune des conditions cliniques ci-dessous. Le GASP procède à l'attribution du rendez-vous selon la condition clinique et les disponibilités.			
<b>Tous les examens en italiques sont des examens complémentaires permettant une prise en charge rapide.</b>			
<b>Conditions cliniques</b>		<b>Cible selon l'échelle de priorité</b>	
<p><b>Pneumonie</b> : Tableau clinique de pneumonie avec signes de sévérité (désaturation &lt; 90 %, confusion, hypotension, etc.) ou fièvre persistante (&gt; 48 h) sous traitement antibiotique</p> <p><b>MPOC</b> : Détérioration grave AVEC somnolence ou désaturation &lt; 90 %</p> <p><b>Hémoptysie importante</b> : (100 mL ou +) ou répétée (20 mL à quelques reprises dans la même journée)</p> <p><b>Asthme</b> : Exacerbation d'asthme aiguë sévère ou sans réponse à la corticothérapie orale depuis 24 h</p> <p><b>Dyspnée</b> : Au repos, rapidement progressive (&lt; 1 semaine)</p> <p><b>Suspicion d'embolie pulmonaire</b></p> <p><b>Épanchement pleural</b> significatif AVEC fièvre associée ou suspicion d'infection (empyème) ou désaturation &lt; 90 %</p> <p><b>Tuberculose</b> : Suspicion de tuberculose active</p>		<p><b>URGENT</b> <b>Ne pas compléter le formulaire et référer directement à l'urgence</b></p>	
<b>Lésion ou symptôme suspect de néoplasie</b>	<b>PNE01</b> <input type="checkbox"/> Épanchement pleural unilatéral symptomatique ou significatif	<b>Référer à l'accueil clinique si vous y avez accès. Sinon, priorité B.</b>	
	<b>PNE02</b> <input type="checkbox"/> Hémoptysie		
	<b>PNE03</b> <input type="checkbox"/> Nodule/masse pulmonaire suspect de néoplasie	<input type="checkbox"/> > 15 mm	<b>B : ≤ 10 jours</b>
		<input type="checkbox"/> 8-15 mm	<b>C : ≤ 28 jours</b>
	<b>PNE04</b> <input type="checkbox"/> Adénopathie médiastinale ( <i>joindre résultat ou prescrire CTscan thoracique</i> )		<b>C : ≤ 28 jours</b>
<b>PNE05</b> <input type="checkbox"/> Micronodule < 8 mm <b>évolutif</b> à la tomodensitométrie de suivi		<b>D : ≤ 3 mois</b>	
<b>MPOC/asthme</b> <i>(prescrire spirométrie)</i>	<b>PNE06</b> <input type="checkbox"/> Exacerbation aiguë avec échec du plan d'action (corticothérapie orale avec antibiothérapie)	<b>B : ≤ 10 jours</b>	
	<b>PNE07</b> <input type="checkbox"/> Avec contrôle sous-optimal malgré le plan d'action	<b>C : ≤ 28 jours</b>	
	<b>PNE08</b> <input type="checkbox"/> MPOC/asthme suspecté ou réponse inadéquate au traitement de base	<b>E : ≤ 6 mois</b>	
	<b>PNE09</b> <input type="checkbox"/> Réadaptation respiratoire	<b>E : ≤ 6 mois</b>	
<b>Infection respiratoire/ toux</b>	<b>PNE10</b> <input type="checkbox"/> Suivi de pneumonie complexe (facteurs de risque de complication/ comorbidité importante)	<b>C : ≤ 28 jours</b>	
	<b>PNE11</b> <input type="checkbox"/> Toux chronique (> 8 semaines) avec radiographie pulmonaire normale	<b>E : ≤ 6 mois</b>	



CNM08005

DATE (AAAA/MM/JJ)

N° DOSSIER

NOM :

PRÉNOM :

<b>Apnée</b> Étude du sommeil antérieure? <input type="checkbox"/> Oui : inclure le rapport <input type="checkbox"/> Non : PCRS <sup>1</sup> <b>sera réalisée avant la consultation en pneumologie</b>	<b>PNE12</b> <input type="checkbox"/> Apnée obstructive du sommeil suspectée ou traitée avec une des trois conditions suivantes :	<input type="checkbox"/> Hypersomnolence diurne sévère <input type="checkbox"/> EPWORTH ( $\geq 15$ ) Score Epworth : _____ <input type="checkbox"/> Index de désaturation (IDO) $\geq 30/h$	<input type="checkbox"/> <b>AVEC métier à risque</b> <b>C : <math>\leq 28</math> jours</b> <input type="checkbox"/> <b>SANS métier à risque</b> <b>D : <math>\leq 3</math> mois</b>
	<b>PNE13</b> <input type="checkbox"/> Apnée du sommeil suspectée ou réévaluation du traitement		<b>E : <math>\leq 6</math> mois</b>
<b>Autres</b>	<b>PNE14</b> <input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire interstitielle (fibrose, etc.) ( <i>joindre résultat ou prescrire CTscan thoracique</i> )		<b>D : <math>\leq 3</math> mois</b>
	<b>PNE15</b> <input type="checkbox"/> Dyspnée d'effort inexpliquée (non cardiaque, sans anémie, avec radiographie pulmonaire normale)		<b>E : <math>\leq 6</math> mois</b>
	<b>PNE16</b> <input type="checkbox"/> Évaluation préopératoire Type de chirurgie : _____ Date prévue de chirurgie : _____ AAAA/MM/JJ Anesthésie : <input type="checkbox"/> Générale <input type="checkbox"/> Locale	Si date de chirurgie < 1 mois, donner 1re date de RV disponible Si date de chirurgie > 1 mois, donner RV dans un délai < 4 semaines de la chirurgie	
<input type="checkbox"/> Autre raison de consultation : (indiquer la priorité)		<b>Priorité selon le médecin référent :</b> <input type="checkbox"/> <b>B : <math>\leq 10</math> jours</b> <input type="checkbox"/> <b>C : <math>\leq 28</math> jours</b> <input type="checkbox"/> <b>D : <math>\leq 3</math> mois</b> <input type="checkbox"/> <b>E : <math>\leq 6</math> mois</b>	
Renseignements cliniques/antécédents :		<b>Examens complémentaires :</b> <input type="checkbox"/> Disponibles dans DSQ <input type="checkbox"/> Annexés à la demande	
Médication actuelle (facultatif)	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Profil pharmacologique transmis avec la demande par télécopieur au GASP (514) 495-6722 <input type="checkbox"/> Si médication en cours, mais aucun profil joint, svp spécifier : _____		
Examens/tests de laboratoires pertinents déjà faits (facultatif)	<input type="checkbox"/> Oui, spécifier : _____ Résultats joints en annexe : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En attente, spécifier : _____		
Pour joindre le guichet d'accès santé physique ( <b>GASP</b> ) :	Téléphone : (514) 336-7212 Télécopieur : (514) 495-6722	Courriel : <a href="mailto:gasp.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca">gasp.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca</a>	
<b>Médecin référent</b>	Nom		N° de permis
	N° de téléphone	N° de poste	N° de télécopieur
	Nom de la clinique		
	Signature		
<b>Identification du médecin de famille</b>	Nom		N° de permis
	Nom de la clinique		<input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille <input type="checkbox"/> SVP envoyer copie du rapport au médecin de famille

Ne rien inscrire dans la marge

<sup>1</sup> PCRS : polygraphie cardiorespiratoire