



CNM08059

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

DEMANDE DE SERVICE EN ORL

Attention : Consulter les alertes cliniques au verso et favoriser les protocoles de l'Accueil clinique (urgentologues) avant de remplir ce formulaire

Transmettre les pages 1 et 2 par télécopieur au guichet d'accès santé physique (GASP) au 514 495-6722

Installation désirée : Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal Hôpital Fleury Hôpital Jean-Talon

Date de la demande de consultation : AAAA/MM/JJ

Raison de consultation/Échelle de priorité clinique : B : ≤ 10 jours C : ≤ 28 jours D : ≤ 3 mois E : ≤ 6 mois

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.

Tous les examens en italiques sont des examens complémentaires permettant une prise en charge rapide.

Conditions cliniques		Cible selon l'échelle de priorité	
Otologie	ORL01 <input type="checkbox"/> Évaluation surdité chronique (<i>audiogramme</i>)	E : ≤ 6 mois	
	ORL02 <input type="checkbox"/> Otites � répétition ou séreuse persistante (depuis + 3 mois)	D : ≤ 3 mois	
	Vertige	ORL03 <input type="checkbox"/> Sévères, anormalement incapacitants avec examen neurologique normal	C : ≤ 28 jours
		ORL04 <input type="checkbox"/> R�cidivants ou dont l'évolution sur plusieurs semaines est non favorable	D : ≤ 3 mois
	ORL05 <input type="checkbox"/> Paralysie faciale périphérique unilatérale <i>Débuter st�ro�ides oraux et antiviraux¹</i>	B : ≤ 10 jours	
	ORL06 <input type="checkbox"/> Acouphène incommodant depuis plus de 6 mois (<i>audiogramme</i>)	E : ≤ 6 mois	
	ORL07 <input type="checkbox"/> C�rumen	E : ≤ 6 mois	
Rhinosinusologie	ORL08 <input type="checkbox"/> �pistaxis récidivante et chronique	D : ≤ 3 mois	
	ORL09 <input type="checkbox"/> Fracture nasale déplacée • <i>Si hématome septal : voir L�gende² (RX nasal non recommandé)</i>	B : ≤ 10 jours	
	ORL10 <input type="checkbox"/> Rhinosinusites chroniques ou sinusites � répétition (+ de 3 par année)	E : ≤ 6 mois	
	ORL11 <input type="checkbox"/> Rhinite chronique/obstruction nasale chronique/déviation septale	E : ≤ 6 mois	
	ORL12 <input type="checkbox"/> Masse nasale unilatérale suspecte	C : ≤ 28 jours	
Autres	Hypertrophie adéno - amygdalienne	ORL13 <input type="checkbox"/> Avec suspicion d'apnée du sommeil depuis > 3 mois	D : ≤ 3 mois
		ORL14 <input type="checkbox"/> Sans suspicion d'apnée du sommeil	E : ≤ 6 mois
	ORL15 <input type="checkbox"/> Suspicion apnée du sommeil	D : ≤ 3 mois	
	ORL16 <input type="checkbox"/> Amygdalites � répétition	E : ≤ 6 mois	
	ORL17 <input type="checkbox"/> Nodule thyroïdien/goitre (<i>TSH et échographie</i>)	D : ≤ 3 mois	
	Changement de la voix	ORL18 <input type="checkbox"/> D'apparition récente, constant, et d'une durée > 4 semaines	C : ≤ 28 jours
		ORL19 <input type="checkbox"/> Chronique ou intermittente	D : ≤ 3 mois
	Masse cervicale	ORL20 <input type="checkbox"/> Suspecte de néoplasie maligne (facteurs de risques : alcool, tabac, apparition récente ou croissance rapide)	B : ≤ 10 jours
ORL21 <input type="checkbox"/> Sans suspicion de critère de néoplasie maligne		D : ≤ 3 mois	



CNM08059

DATE (AAAA/MM/JJ)	N° DOSSIER
NOM :	PRÉNOM :

Autres (suite)	Lésion buccale	ORL22 <input type="checkbox"/> Suspecte de néoplasie maligne	B : ≤ 10 jours
		ORL23 <input type="checkbox"/> Bénigne	D : ≤ 3 mois
		ORL24 <input type="checkbox"/> Lésion cutanée de la tête ou du cou suspecte de néoplasie maligne non mélanocytaire	C : ≤ 28 jours
		ORL25 <input type="checkbox"/> Maladie non-néoplasique des glandes salivaires	D : ≤ 3 mois
		ORL26 <input type="checkbox"/> Hémoptysie	C : ≤ 28 jours
	ORL27 <input type="checkbox"/> Odynophagie/dysphagie		
<input type="checkbox"/> Autre raison de consultation : (indiquer la priorité)		Priorité selon le médecin référent : <input type="checkbox"/> B : ≤ 10 jours <input type="checkbox"/> C : ≤ 28 jours <input type="checkbox"/> D : ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> E : ≤ 6 mois	
Renseignements cliniques/antécédents :		Examens complémentaires : <input type="checkbox"/> Disponibles dans DSQ <input type="checkbox"/> Annexés à la demande	
Pour joindre le guichet d'accès santé physique (GASP) :	Téléphone : (514) 336-7212 Télécopieur : (514) 495-6722	Courriel : gasp.cnmml@ssss.gouv.qc.ca	
Médecin référent	Nom	N° de permis	Estampe
	N° de téléphone N° de poste	N° de télécopieur	
	Nom de la clinique		
	Signature		
Identification du médecin de famille	Nom	N° de permis	<input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille <input type="checkbox"/> SVP envoyer copie du rapport au médecin de famille
	Nom de la clinique		

Légende :

¹ Pour les usagers de 16 ans ou plus présentant une paralysie faciale idiopathique depuis moins de 72 heures et sans contre-indication au traitement :

Une corticothérapie orale est fortement recommandée. Un traitement de 50 mg de prednisone po die pour 10 jours constitue une thérapie valable. La prescription concomitante d'antiviraux demeure à la discrétion du clinicien. Cependant, la prescription d'antiviraux sans corticothérapie est déconseillée. Il est aussi recommandé de prescrire un lubrifiant oculaire de même que des larmes artificielles ainsi qu'une protection oculaire nocturne au besoin. (American Academy of Otolaryngology Head and Neck Surgery).

² Si l'usager présente une fracture nasale avec un hématome septal, diriger l'usager vers l'urgence.

Alertes cliniques (liste non exhaustive)**Communiquer avec l'ORL de garde ou diriger l'usager à l'urgence**

- Épistaxis majeure non contrôlée
- Fracture du nez avec **hématome septal**² (diriger vers l'urgence)
- Abscess péri-amygdalien
- Otite externe avec sténose complète du conduit auditif externe ou cellulite
- Abscess ou cellulite au niveau du cou

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge