|  |
| --- |
| Nom et prénom de l’usager : |
|       |
| No d’assurance maladie |  | Année | Mois |
|        | Expiration |       |       |
| Nom et prénom du parent : |
|       |
| Ind. rég. | No téléphone | Ind. rég. | No téléphone |
|       |       |       |       |
| Adresse : |
|       |
| Code postal |       |



\*CNM08005\*

CNM08005

**DEMANDE DE SERVICE EN PNEUMOLOGIE**

**(pour clientèle ambulatoire)**

|  |
| --- |
| Imprimer sur recto seulement et transmettre ces deux pages par télécopieur au guichet d’accès en santé physique (GASP) au (**514) 495-6722.** |
| Date de la demande (AAAA/MM/JJ) :       |
| **Partie I : Raison de consultation / Échelle de priorité clinique : A : ≤ 3jours 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 se réserve le droit de le modifier selon les renseignements cliniques fournis et selon les disponibilités, après discussion avec le médecin référent. |
| **Conditions cliniques** | **Cible selon l’échelle de priorité** |
| PNEUMONIE : Tableau clinique de pneumonie avec signes de sévérité (désaturation < 90 %, confusion, hypotension, etc.) ou fièvre persistante (> 48 h) sous traitement antibiotique.MPOC : Détérioration grave AVEC somnolence ou désaturation < 90 %.HÉMOPTYSIE IMPORTANTE (100 mL ou +) ou répétée (20 mL à quelques reprises dans la même journée).ASTHME : Exacerbation d’asthme aigüe sévère ou sans réponse à la corticothérapie orale depuis 24 h.DYSPNÉE : Au repos, rapidement progressive (< 1 semaine).SUSPICION D’EMBOLIE PULMONAIREÉPANCHEMENT PLEURAL significatif AVEC fièvre associée ou suspicion d’infection (empyème) ou désaturation < 90 %.TUBERCULOSE : Suspicion de tuberculose active. | **URGENT****Ne pas compléter****le formulaire****et référer directement****à l’urgence** |
| **Lésion****ou symptôme****suspect de****néoplasie** | [ ]  Épanchement pleural unilatéral symptomatique ou significatif | **Référer à l’accueil clinique** **si vous y avez accès.****Sinon, priorité B.** |
| [ ]  Hémoptysie |
| [ ]  Nodule / Masse pulmonaire suspect(e) de néoplasie |
| [ ]  Adénopathie médiastinale (joindre résultat ou prescrire scan thoracique) | **C (≤ 28 jours)** |
| [ ]  Micronodule < 8 mm **évolutif** à la TDM de suivi | **D (≤ 3 mois)** |
| **MPOC / Asthme****(prescrire spirométrie)** | [ ]  Exacerbation aiguë avec **échec** du plan d’action (corticothérapie orale ou antibiothérapie) | **B (≤ 10 jours)** |
| [ ]  Avec contrôle sous-optimal malgré le plan d’action | **C (≤ 28 jours)** |
| [ ]  MPOC/Asthme suspecté ou réponse inadéquate au traitement de base | **E (≤ 6mois)** |
| [ ]  Réadaptation respiratoire | **E (≤ 6mois)** |
| **Infection respiratoire/ toux** | [ ]  Suivi de pneumonie complexe (facteurs de risque de complication / comorbidité importante) | **C (≤ 28 jours)** |
| [ ]  Toux chronique (> 8 semaines) avec radiographie pulmonaire normale | **E (≤ 6 mois)** |
| [ ]  **Évaluation** **pré-opératoire** | Type de chirurgie :      Anesthésie : [ ]  générale [ ]  locale | **Date prévue de chirurgie :****(AAAA/MM/JJ)** |
| **Apnée**Étude du sommeil antérieur ? [ ]  Oui : fournir le rapport | [ ]  Apnée obstructive du sommeil suspectée ou traitée avec une des trois conditions suivantes :  | [ ]  Hypersomnolence diurne sévère [ ]  EPWORTH (≥ 15)Score Epworth :      [ ]  Index de désaturation (IDO) ≥ 30/h | [ ]  **AVEC métier à risque****C (≤ 28 jours)**[ ]  **SANS métier à risque****D (≤ 3 mois)** |
| [ ]  Non | [ ]  Apnée du sommeil suspectée ou réévaluation du traitement | **E (≤ 6mois)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Conditions cliniques** | **Cible selon l’échelle de priorité** |
| **Autres raisons** | [ ]  Maladie pulmonaire interstitielle (fibrose, etc.) (joindre résultat ou prescrire scan thoracique) | **D (≤ 3 mois)** |
| [ ]  Dyspnée d’effort inexpliquée (non cardiaque, sans anémie avec radiographie pulmonaire normale) | **E (≤ 6mois)** |
| **Autre** | **Autre :** (veuillez indiquer la priorité qui sera validée par le GASP) | **Priorité selon le médecin référent :**[ ] A : ≤ 3 jrs [ ] B : ≤ 10 jrs[ ] C : ≤ 28 jrs [ ] D : ≤ 3 mois [ ] E : ≤ 6 mois |
|  **Partie II : Renseignements complémentaires / Antécédents** |
| **Facultatif** -Spécifier le nom du spécialiste ou de la clinique / établissement privilégié :      |
| **Renseignements cliniques** **(obligatoire)** | Veuillez justifier, entre autres, toute modification de la priorité clinique suggérée :      |
| Antécédent pertinents (facultatif) |       |
| Médication actuelle (facultatif) | [ ]  Aucune [ ] Profil pharmacologique transmis par télécopieur au GASP ((514) 495-6722)[ ]  Si médication en cours, mais aucun profil joint, svp spécifier :      |
| Examen / test de laboratoire pertinents déjà faits (facultatif) | [ ]  Oui, spécifier :       Résultats joints en annexe : [ ] Oui [ ] Non [ ]  Non[ ]  En attente, spécifier :       |
| Références antérieures en pneumologie (facultatif) |       |
| **Partie III : Provenance de la demande** |
| **Médecin référent** | Nom du médecin référent        | No de permis      | Estampe |
| No de téléphone No de poste            | No de télécopieur       |
| Nom de la clinique      |
| Signature      |
| **Médecin de famille** | [ ] Idem médecin référent[ ] Usager sans médecin de famille | Nom du médecin de famille      |
| Nom de la clinique      |
| Pour joindre le GASP : | Téléphone :Télécopieur : | (514) 336-Nord (6673)(514) 495-6722 | Courriel : gasp.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca |