|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 PULMONAIRE  ÉPANCHEMENT 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 | | |