



CNM08005

**DEMANDE DE SERVICE EN PNEUMOLOGIE**  
**(POUR CLIENTÈLE AMBULATOIRE)**

Nom et prénom de l'utilisateur :			
N° d'assurance maladie	Expiration	Année	Mois
Nom et prénom du parent :			
Ind. rég.	N° téléphone	Ind. rég.	N° téléphone
Adresse :			
Code postal			

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 : ≤ 3 jours 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 aiguë 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.		<b>URGENT</b> Ne pas compléter le formulaire et référer directement à l'urgence
Lésion ou symptôme suspect de néoplasie	<input type="checkbox"/> Épanchement pleural unilatéral symptomatique ou significatif	Référer à l'accueil clinique si vous y avez accès. Sinon, priorité B.
	<input type="checkbox"/> Hémoptysie	
	<input type="checkbox"/> Nodule / Masse pulmonaire suspect(e) de néoplasie	C (≤ 28 jours)
	<input type="checkbox"/> Adénopathie médiastinale (joindre résultat ou prescrire scan thoracique)	D (≤ 3 mois)
	<input type="checkbox"/> Micronodule < 8 mm <u>évolutif</u> à la TDM de suivi	
MPOC / Asthme (prescrire spirométrie)	<input type="checkbox"/> Exacerbation aiguë avec <u>échec</u> du plan d'action (corticothérapie orale ou antibiothérapie)	B (≤ 10 jours)
	<input type="checkbox"/> Avec contrôle sous-optimal malgré le plan d'action	C (≤ 28 jours)
	<input type="checkbox"/> MPOC/Asthme suspecté ou réponse inadéquate au traitement de base	E (≤ 6 mois)
	<input type="checkbox"/> Réadaptation respiratoire	E (≤ 6 mois)
Infection respiratoire / toux	<input type="checkbox"/> Suivi de pneumonie complexe (facteurs de risque de complication / comorbidité importante)	C (≤ 28 jours)
	<input type="checkbox"/> Toux chronique (> 8 semaines) avec radiographie pulmonaire normale	E (≤ 6 mois)
<input type="checkbox"/> Évaluation pré-opératoire	Type de chirurgie : _____ Anesthésie : <input type="checkbox"/> générale <input type="checkbox"/> locale	Date prévue de chirurgie : (AAAA/MM/JJ)
Apnée Étude du sommeil antérieur ? <input type="checkbox"/> Oui : fournir le rapport <input type="checkbox"/> Non	<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 (≥ 15) Score Epworth : _____ <input type="checkbox"/> Index de désaturation (IDO) ≥ 30/h	<input type="checkbox"/> AVEC métier à risque C (≤ 28 jours) <input type="checkbox"/> SANS métier à risque D (≤ 3 mois)
	<input type="checkbox"/> Apnée du sommeil suspectée ou réévaluation du traitement	E (≤ 6 mois)

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge



CNM08005

DATE (AAAA/MM/JJ)

N° DOSSIER

NOM :

PRÉNOM :

Conditions cliniques		Cible selon l'échelle de priorité	
Autres raisons	<input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire interstitielle (fibrose, etc.) (joindre résultat ou prescrire scan thoracique)	<b>D (≤ 3 mois)</b>	
	<input type="checkbox"/> Dyspnée d'effort inexpliquée (non cardiaque, sans anémie avec radiographie pulmonaire normale)	<b>E (≤ 6 mois)</b>	
Autre	Autre : (veuillez indiquer la priorité qui sera validée par le GASP)	<b>Priorité selon le médecin référent :</b> <input type="checkbox"/> A : ≤ 3 jrs <input type="checkbox"/> B : ≤ 10 jrs <input type="checkbox"/> C : ≤ 28 jrs <input type="checkbox"/> D : ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> E : ≤ 6 mois	
<b>Partie II : Renseignements complémentaires / Antécédents</b>			
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)	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Profil pharmacologique transmis par télécopieur au GASP ((514) 495-6722) <input type="checkbox"/> Si médication en cours, mais aucun profil joint, svp spécifier :		
Examen / test de laboratoire 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 : _____		
Références antérieures en pneumologie (facultatif)			
<b>Partie III : Provenance de la demande</b>			
Médecin référent	Nom du médecin référent	N° de permis	Estampe
	N° de téléphone    N° de poste	N° de télécopieur	
	Nom de la clinique		
	Signature		
Médecin de famille	<input type="checkbox"/> Idem médecin référent <input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille	Nom du médecin de famille	
		Nom de la clinique	
Pour joindre le GASP : Téléphone : (514) 336-Nord (6673)    Courriel : gasp.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca Télécopieur : (514) 495-6722			

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

## Le Guichet d'accès en santé physique (GASP) du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Votre médecin vous a dirigé vers le Guichet d'accès en santé physique du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal pour obtenir un rendez-vous pour une consultation en:

- Cardiologie
- Pneumologie

**C'est simple, vous n'avez pas besoin de téléphoner pour prendre rendez-vous.**

Un responsable du GASP du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal communiquera avec vous par téléphone dans les **72 heures** pour confirmer le traitement de votre demande de service.

Un rendez-vous vous sera ensuite attribué selon la priorité clinique identifiée par votre médecin référent.

### **Aide-mémoire pour la prise de rendez-vous**

*À remplir lorsque le GASP communiquera avec vous.*

Date: \_\_\_\_\_

Heure : \_\_\_\_\_

Lieu : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone en cas d'annulation : \_\_\_\_\_

### **Des questions\* ?**

514 336-Nord (6673)

\*à noter que le GASP ne pourra vous donner de renseignements sur l'état de votre demande si le délai de 72 heures n'a pas encore été atteint.