



CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Université 
de Montréal



HSJ-1281



RÉFÉRENCE AUX MÉCANISMES D'ACCÈS PÉDIATRIQUES (MAP) – CONSULTATION EN ALLERGOLOGIE

Date de la demande (aaaa/mm/jj) : / / **Veillez télécopier ce formulaire au : 514-345-4993**

Partie I : Identification de l'enfant (Compléter obligatoirement les informations avec(*) qui ne se retrouvent pas sur l'adressographe ou si illisibles)

1. *Nom :	*Prénom :	*Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
2. *Date de naissance (aaaa/mm/jj) :	/	/
*RAMQ :	Exp. (aaaa/mm) :	/
3. Si RAMQ non disponible, numéro RAMQ de la mère (obligatoire) :	Exp. (aaaa/mm) :	/
4. Nom de fille de la mère :	Courriel (pour communication) :	
5. Adresse :	Appartement :	
Ville :	Code postal :	
* Numéro de téléphone (principal) :	Autre N° téléphone :	
6. Langue : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre :		
7. Malentendant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
8. Besoin d'interprète ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, spécifier la langue :	

Partie II : Provenance de la demande

*Nom du médecin référent :	*Prénom :	*Numéro de permis :
*N° téléphone :	*N° télécopieur :	Courriel professionnel :
*Adresse professionnelle :	ESTAMPE DU MÉDECIN	
Ville :		
Code postal :		
*Identification du professionnel qui assura le suivi (si différent de ci-haut) :		
*Titre du professionnel	*Numéro de permis :	
*Nom:	*Prénom :	
*N° téléphone :	*N° télécopieur :	
Courriel professionnel :		

Partie III : Médication

Aucune Voir profil pharmacologique joint Profil pharmacologique sera apporté lors de la visite

Si médication en cours et aucun profil, svp spécifier la médication ou le traitement :

Traitement(s) antérieur(s) (pharmacologique ou non; Spécifiez si essai de vaporisateur nasal et/ou antihistaminique) :

***** Cesser antihistaminique (Bénadryl, Réactine, Aérius...) 7 jours avant le rendez-vous en allergologie *****

Partie IV : Bilan

Tests de laboratoires déjà faits?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En attente
Tests sanguins d'allergie déjà faits?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non SVP spécifiez où: Date :
Tests cutanés d'allergie déjà faits?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non SVP spécifiez où: Date :
<input type="checkbox"/> Rast test <input type="checkbox"/> Autres tests	Spécifiez svp:
Évaluation antérieure (en allergologie ou ORL) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom du médecin/Clinique :	



HSJ-1281

* Nom, prénom :

Dossier :

RAMQ :

Priorité : URGENT : vers l'urgence, **A** : 0 – 3 jours, **B** : 3 – 10 jours, **C** : 10 – 28 jours, **D** : < 3 mois, **E** : > 3 mois
N.B. : Le délai du rendez-vous a été établi pour chacune des conditions cliniques ci-jointes mais l'équipe des **MAP** se réserve le droit de le modifier selon, les renseignements cliniques fournis et selon les disponibilités

Partie V : Raison de consultation (SVP, choisir dans le tableau la raison de consultation en cochant la case appropriée)

Condition/diagnostic	Précisions/Investigation préalable/Pré-requis Cesser antihistaminique (Bénadryl, Réactine, Aérius...) 7 jours avant le rendez-vous en allergologie	Priorité du MD référent	Priorité ciblée
<input type="checkbox"/> Allergie alimentaire : Allergie(s) suspectée(s) : _____			
<input type="checkbox"/> AVEC anaphylaxie	Prescrire auto-injecteur d'adrénaline. Si suspicion d'allergie au lait, prescrire lait hypo allergène.		D : < 3 mois
<input type="checkbox"/> SANS anaphylaxie	<input type="checkbox"/> Âge < 1 an <input type="checkbox"/> Plusieurs allergies <input type="checkbox"/> Retard pondéral associé		D : < 3 mois
<input type="checkbox"/> Allergie des voies respiratoires	<input type="checkbox"/> Asthme sévère ou Sinusite avec complications		D : < 3 mois
	<input type="checkbox"/> Pour documentation allergies		E : > 3 mois
<input type="checkbox"/> Allergie saisonnière	<input type="checkbox"/> Pas de réponse au traitement anti-histamine, stéroïde nasal		E : > 3 mois
	<input type="checkbox"/> Pour documentation des allergies		
<input type="checkbox"/> Allergie aux piqûres d'insectes (venin)	<input type="checkbox"/> Réaction systémique : Prescrire (auto-injecteur adrénaline)		D : < 3 mois
	<input type="checkbox"/> Réaction locale		E : > 3 mois
Allergie à un vaccin	Déclarer la réaction au vaccin dans ESPRI, et si nécessaire la référence sera faite par la santé publique.	Dans ce cas, l'enfant sera vu en moins de 3 mois	
<input type="checkbox"/> Allergie aux antibiotiques Spécifier : _____	Critère(s) de sévérité :		
	<input type="checkbox"/> Allergies multiples <input type="checkbox"/> Maladie chronique sous-jacente : _____ <input type="checkbox"/> Infections répétitives <input type="checkbox"/> Aucun critère de sévérité		D : < 3 mois E : > 3 mois
<input type="checkbox"/> Allergie médicamenteuse Spécifier : _____	Critère(s) de sévérité :		
	<input type="checkbox"/> Maladie chronique sous-jacente : _____ <input type="checkbox"/> Médication nécessaire, pas ou peu d'alternative <input type="checkbox"/> Aucun critère de sévérité		D : < 3 mois E : > 3 mois
<input type="checkbox"/> Eczéma sévère	<input type="checkbox"/> Vu en dermato, traitement maximisé, persistance du problème		D : < 3 mois
	<input type="checkbox"/> Enfant > 2 ans		E : > 3 mois
<input type="checkbox"/> Polypose nasale	Faire confirmer diagnostic par l'otorhinolaryngologiste, Test de sudation avant de référer si diagnostic « polype » confirmé		E : > 3 mois
<input type="checkbox"/> Urticaire/angioœdème chronique (de plus de 6 semaines)	Maximiser le traitement antihistaminique Diagnostic différentiel : Hypothyroïdie, maladie inflammatoire, infection parasitaire. (Faire bilan selon la condition clinique)		E : > 3 mois
<input type="checkbox"/> Urticaire/angioœdème aiguë (de moins de 24 heures)	Un seul épisode; Dans un contexte de fièvre; Ne pas référer		
	<input type="checkbox"/> Répétitif <input type="checkbox"/> Suspicion d'allergie alimentaire <input type="checkbox"/> Suspicion d'allergie au froid <input type="checkbox"/> Autre		D : < 3 mois E : > 3 mois
<input type="checkbox"/> Angioœdème sans urticaire	<input type="checkbox"/> Histoire familiale d'angioœdème		D : < 3 mois
	<input type="checkbox"/> Douleur abdominale associée <input type="checkbox"/> Autre		E : > 3 mois

Autres raisons de consultation en allergologie :

*Priorité selon Md référent

Renseignements complémentaires pertinents:

Signature du médecin : _____ **No permis :** _____

Pour joindre l'infirmière des mécanismes d'accès pédiatriques (MAP) :
Centre : CHU Sainte-Justine (HSJ)

Téléphone : 514-345-4931 poste : 7008
Télécopieur : 514-345-4993

***** En tout temps, pour rejoindre un médecin au téléphone: 514-345-4931, demandez à parler à l'allergologue de garde du CHU Sainte-Justine *****