



DT9288

CONSULTATION EN PÉDIATRIE GÉNÉRALE

Pour toutes situations que vous identifiez de priorité A, communiquer avec le pédiatre de garde.

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

Raison de consultation		Échelle de priorité clinique : A : ≤ 3 jrs B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois				
Souhaitable : Courbe de croissance pour toute raison de consultation						
Irritabilité – Troubles d'alimentation	<input type="checkbox"/> Âge < 1 mois <input type="checkbox"/> Âge 1-6 mois <input type="checkbox"/> Âge > 6 mois	B C D	Souffle cardiaque (enfant stable)	<input type="checkbox"/> Âge < 1 mois <input type="checkbox"/> Âge 1-3 mois <input type="checkbox"/> Âge > 3 mois	B C D	
Retard de croissance statural et/ou pondéral	<input type="checkbox"/> Âge ≤ 1 an <input type="checkbox"/> Âge > 1 an	C D	<input type="checkbox"/> Retard de développement chez un enfant 0-5 ans <i>(Souhaitable : courbe de périmètre crânien, évaluation orthophonique et audiogramme demandés si retard de langage)</i>		D	
<input type="checkbox"/> Douleur abdominale chronique/diarrhée chronique/constipation <i>(Souhaitable : calendrier des symptômes)</i>		D	<input type="checkbox"/> Évaluation trouble scolaire – TDAH <i>(Prérequis : rapport évaluation SNAP IV ou Conners ou questionnaire Poulin ou évaluation psychosociale)</i>		E	
<input type="checkbox"/> Infections à répétition : respiratoires, urinaires et autres <i>(Souhaitable : rapport imagerie médicale)</i>		D	<input type="checkbox"/> Troubles de comportement <i>(Prérequis : rapport évaluation psychosociale demandée)</i>		E	
Céphalée <i>(Souhaitable : calendrier des symptômes)</i>	<input type="checkbox"/> De novo avec vomissements et examen neurologique normal <input type="checkbox"/> Migraine <input type="checkbox"/> Chronique	B C D	<input type="checkbox"/> Anomalie du crâne/plagiocéphalie <input type="checkbox"/> Problèmes cutanés <i>(Prérequis : préciser)</i>		C D	
Toux chronique/asthme <i>(Souhaitable : calendrier des symptômes)</i>	<input type="checkbox"/> Âge ≤ 6 mois <input type="checkbox"/> Âge > 6 mois	C D	<input type="checkbox"/> Énurésie <input type="checkbox"/> Phimosis		E E	
<input type="checkbox"/> Autre raison de consultation non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique <i>(justification OBLIGATOIRE dans la section suivante) :</i>					Priorité clinique	
Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires			Si prérequis exigé(s) :			
			<input type="checkbox"/> Annexé(s) à la présente demande <input type="checkbox"/> Prescrit(s)			
Besoins spéciaux :						
Identification du médecin référent et du point de service				Estampe		
Nom du médecin référent		N° de permis				
Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste	Ind. rég.			N° de télécopieur
Nom du point de service						
Signature		Date (année, mois, jour)				
Médecin de famille : <input type="checkbox"/> Idem au médecin référent <input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille				Référence nominative (si requis)		
Nom du médecin de famille				Si vous désirez une référence à un médecin ou à un point de service en particulier		
Nom du point de service						

Priorité A :

Pour toutes situations que vous identifiez de priorité A, communiquer avec le pédiatre de garde

Alertes cliniques :

Pour toutes situations que vous identifiez comme étant une alerte clinique, communiquer avec le pédiatre de garde ou diriger l'enfant vers l'urgence.