



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

Date de la demande (aaaa/mm/jj) :

Veuillez SVP télécopier ce formulaire au 514 938 7657

Partie I : Identification de l'enfant (Compléter 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 numéro de RAMQ non disponible, numéro de 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) :	Autres numéros de téléphone :	
6. Langue : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	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	*N° 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 :	*N° 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 autre traitement :

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

Cesser antihistaminique (Benadry®, Reactine®, Aeries®...) 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 (ex. : RAST) 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"/> Autre	Spécifiez svp:

Évaluation antérieure (en allergologie ou ORL) : Oui Non Nom du médecin/Clinique :

*Nom et prénom du patient :

*Numéro 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.

*SVP justifier la priorité demandée dans la section «Renseignements complémentaires» si différente de celle suggérée.

Partie V : Raison de consultation en allergologie			
Condition/diagnostic	Précisions/Investigation préalable/Prérequis	*Priorité du MD référent	Priorité suggérée
Allergie alimentaire : Allergie(s) suspectée(s) : _____			
<input type="checkbox"/> AVEC anaphylaxie	<input type="checkbox"/> Prescrire auto-injecteur d'adrénaline. Si suspicion d'allergie au lait, prescrire lait hypoallergène.		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 <input type="checkbox"/> Pour documentation allergies		D : < 3 mois E : > 3 mois
<input type="checkbox"/> Allergie saisonnière	<input type="checkbox"/> Pas de réponse au traitement antihistaminique ou stéroïde nasal <input type="checkbox"/> Pour documentation des allergies		E : > 3 mois
<input type="checkbox"/> Allergie aux piqûres d'insectes (venin)	<input type="checkbox"/> Réaction systémique : prescrire auto-injecteur adrénaline <input type="checkbox"/> Réaction locale		D : < 3 mois E : > 3 mois
Allergie à un vaccin	Déclarer l'allergie 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"/> Pas de 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"/> Pas de 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 <input type="checkbox"/> Enfant > 2 ans		D : < 3 mois 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 (depuis plus de 6 semaines)	Maximiser traitement antihistaminique Diagnostic différentiel : Hypothyroïdie, maladie inflammatoire, infection parasitaire. Faire bilan selon condition clinique		E : > 3 mois
<input type="checkbox"/> Urticaire/angioœdème aiguë, moins de 24 h	Si un seul épisode, dans 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 <input type="checkbox"/> Douleur abdominale associée <input type="checkbox"/> Autre		D : < 3 mois E : > 3 mois
<input type="checkbox"/> Autre(s) raison(s) de consultations en allergologie :			

Renseignements complémentaires pertinents : _____

Signature du médecin : _____ No permis: _____

En tout temps, pour joindre un médecin au téléphone : 514-412-4242,
Demander à parler à l'allergologue de garde à l'Hôpital de Montréal pour enfants
Pour rejoindre l'infirmière des MAP : Téléphone : 514 934 1934 poste 22535 Télécopieur : 514 938 7657