



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

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 (*) 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 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) :	Autres numéros téléphone :	
6. Langue : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	Autres :	
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 svp 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 :		
Adresse professionnelle :			
Courriel professionnel :			

Partie III : Raison de consultation

SVP, choisir la raison de consultation en cochant la case appropriée dans le tableau à la page suivante

Partie IV : Médication actuelle

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 :

Partie V : Bilan

Tests de laboratoires déjà faits? Oui Non En attente
 Hormones Résultats si disponibles : SVP joindre rapport Endroit, svp spécifier :
 Bilan sanguin Résultats si disponibles : SVP joindre rapport
 Autre Spécifier SVP et joindre rapport:

Examens en imagerie médicale : Oui Non CD remis au patient/représentant : Oui Non

*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.

Partie III : Raison de consultation (cocher le diagnostic le plus approprié)

<input checked="" type="checkbox"/>	Condition/diagnostic	Pré-requis; Courbe de croissance pour toute consultation	Précisions	Priorité selon Md référent	Priorité suggérée
	DIABÈTE DE NOVO	Résultat de glycémie si disponible;	Si glycémie (aléatoire > 11; à jeun > 7) ou si patient symptomatique =		Diriger vers L'URGENCE
<input type="checkbox"/>	Dyslipidémie	Bilan lipidique récent (6 - 12 mois); Bilans antérieurs; Histoire familiale d'hyperlipidémie ou Maladie Cardiovasculaire < 50 ans			E : > 3 mois
<input type="checkbox"/>	Hirsutisme et syndrome des ovaires polykystiques	Bilan si fait; Indiquer si irrégularités menstruelles			E : > 3 mois
<input type="checkbox"/>	Hypothyroïdie	Bilan thyroïdien : TSH au minimum	<input type="checkbox"/> Si TSH > 50 mU/L <input type="checkbox"/> Pour tous les autres		C : 10-28 jrs D : < 3 mois
<input type="checkbox"/>	Problème thyroïdien autre qu'hypothyroïdie : nodule, goitre, hyperthyroïdie, autre Spécifier :	Si hyperthyroïdie : T4L, TA, FC et indiquer si goitre; Si nodule : TSH et écho thyroïde si fait ou disponible; Si goitre : TSH, décrire taille et texture	<input type="checkbox"/> Si symptômes et T4L > 40 pmol/L (hyperthyroïdie sévère)		A : 0-3 jrs
<input type="checkbox"/> Si autre hyperthyroïdie				B : 3-10 jrs	
<input type="checkbox"/> Pour nodule				C : 10-28 jrs	
<input type="checkbox"/> Pour goitre euthyroïdien				E : > 3 mois	
<input type="checkbox"/>	Insuffisance surrénalienne	Bilan si fait; Symptômes à définir vs sevrage;	<input type="checkbox"/> Si enfant < 3 mois d'âge		A : 0-3 jrs
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Selon sévérité		B : 3-10 jrs
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si sevrage de corticostéroïdes		E : > 3 mois
<input type="checkbox"/>	Maladies osseuses (spécifier si rachitisme ou ostéoporose)	Bilan requis: Ca, P, phosph alcaline; Ostéodensitométrie si disponible; Spécifier si douleurs osseuses; Si oui → appeler le spécialiste	<input type="checkbox"/> Si hypocalcémie		A : 0-3 jrs
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Pour tous les autres		E : > 3 mois
<input type="checkbox"/>	Obésité avec co-morbidité	TA; Bilan si déjà disponible	Si glycémie > 11 = Diriger vers L'URGENCE		
<input type="checkbox"/>					E : > 3 mois
<input type="checkbox"/>	Petite taille	Bilan si fait; Taille des parents; Âge osseux si fait (fournir CD)	<input type="checkbox"/> Si nouveau trouble visuel, vomissements ou céphalées		A : 0-3 jrs
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si arrêt complet de croissance sur 6-12 mois (sauf si taille finale atteinte)		D : < 3 mois
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Pour tous les autres		E : > 3 mois
<input type="checkbox"/>	Retard pubertaire	Bilan si fait; Âge osseux si fait (fournir CD)			E : > 3 mois
<input type="checkbox"/>	Suspicion de puberté précoce	Bilan si fait; Âge osseux si fait (fournir CD)	<input type="checkbox"/> Signes neuro : nouveau trouble visuel, vomissements, céphalées		A : 0-3 jrs
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si âgé de < 6 ans ou si progression rapide		C : 10-28 jrs
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Pour tous les autres		D : < 3 mois
<input type="checkbox"/>	Autres raisons de consultation en endocrinologie :				

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'endocrinologue 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