



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

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 téléphones :	
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, svp 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 : 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, spécifier la médication ou autre traitement:

***Partie V : Bilan**

Tests de laboratoires déjà faits? Oui Non En attente

Résultats si disponibles : joindre rapport svp Endroit, svp spécifier :

Si une analyse d'urine a été faite, comment le spécimen a été collecté? Cathéter Sac Au jet

Autre Endroit, svp spécifier

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

Patient a-t-il été vu par un autre professionnel de la santé (psychologue, audiologiste, etc) : Oui Non

Rapport attaché : Oui Non

*Nom et prénom du patient :

*Numéro de RAMQ :

Partie III : Raison de la consultation**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.

Raison de consultation	Pré-requis Courbe de croissance	Cible souhaitée selon échelle de priorisation clinique régionale	Priorité du MD réfèrent
Céphalées chroniques		<input type="checkbox"/> C: 10-28 jours	
Constipation/Encoprésie		<input type="checkbox"/> D: < 3 mois	
Difficultés aux boires chez enfant < 1 an	Courbe de croissance obligatoire	<input type="checkbox"/> Âge 1-2 sem: joindre le pédiatre de garde : 514 412 4242	
		<input type="checkbox"/> B : Enfant < 3 mois : 3-10 jours	
		<input type="checkbox"/> B ou C : Enfant > 3 mois : 3-10 j. ou 10-28 j.	
Douleur abdominale chronique		<input type="checkbox"/> B ou C : Si impact fonctionnel : 3-10 j. ou 10-28 j.	
		<input type="checkbox"/> D : Autres cas : < 3 mois	
1) Énurésie nocturne 2) Incontinence urinaire	1) et 2) Analyse d'urine 2) Culture d'urine	<input type="checkbox"/> D: < 3 mois	
Évaluation de trouble scolaire	-Inclure évaluation scolaire de SNAP IV ou Connors ou évaluation psychologique -Demander le bulletin scolaire	<input type="checkbox"/> D: < 3 mois	
Infections urinaires à répétition	Analyse d'urine	<input type="checkbox"/> D: < 3 mois	
Retard de croissance statural ou pondéral	Courbe de croissance obligatoire	<input type="checkbox"/> Âge 1-2 sem.: joindre pédiatre de garde : 514 412 4242	
		<input type="checkbox"/> B : Enfant < 6 mois : 3-10 jours	
		<input type="checkbox"/> B ou C : Enfant > 6 mois : 3-10 j. ou 10-28 j.	
Retard du développement, enfant 0 – 5 ans		<input type="checkbox"/> D: < 3 mois	
Toux chronique		<input type="checkbox"/> B ou C : Enfant < 6 mois : 3-10 j. ou 10-28 j.	
		<input type="checkbox"/> D : Autres cas : < 3 mois	
Autres raisons de consultation en pédiatrie générale:			

Renseignements complémentaires:

Signature du Médecin : _____ No de permis : _____

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