



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

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

Partie III : Raison de la 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 svp la médication ou autre traitement :

***Partie V : Bilan**

Tests de laboratoires déjà faits? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En attente	
Résultats si disponibles : joindre rapport svp	Endroit, svp spécifier :
<input type="checkbox"/> Test sudation	Résultats si disponibles : Endroit, svp spécifier :
<input type="checkbox"/> Bilan immunitaire	Résultats si disponibles : Endroit, svp spécifier :
<input type="checkbox"/> Autre	Spécifier svp: Endroit, svp spécifier :
Examens en imagerie médicale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	CD sera rapporté au patient/représentant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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.

Raison de consultation et pré-requis	Sous-Catégories	Priorité selon le MD référent	Priorité suggérée	
Asthme / Toux / Dyspnée * (CD des radiographies obligatoire)	<input type="checkbox"/> Asthme avec contrôle sous-optimal, sous traitement		C : 10-28 jours	
	<input type="checkbox"/> Asthme possible ou connu, pour évaluation		D : < 3 mois	
			Age < 1 an	Age > 1 an
	<input type="checkbox"/> Toux, dyspnée ou autres symptômes persistants		C : 10-28 jours	D : < 3 mois
	<input type="checkbox"/> Toux ou dyspnée occasionnelle, récurrente		D : < 3 mois	E : > 3 mois
Pneumonies / Infections respiratoires à répétition * (CD des radiographies obligatoire)	<input type="checkbox"/> Enfant < 2 ans		D : < 3 mois	
	<input type="checkbox"/> Enfant > 2 ans, persistance radiographies anormales		D : < 3 mois	
	<input type="checkbox"/> Enfant > 2 ans, radiographie normale		E : > 3 mois	
Apnées		ALTE, ETOUFFEMENTS	DIRIGER VERS L'URGENCE	
		GRAVE, PERSISTANT		
		Doute sur la sévérité	Joindre pédiatre ou pneumologue : 514-412-4242	
	<input type="checkbox"/> Suspicion d'apnée centrale ou obstructive enfant < 1 an		C : 10-28 jours	
	<input type="checkbox"/> Suspicion d'apnée obstructive enfant > 1 an		E : > 3 mois	
Respiration bruyante, stridor, bruits anormaux			Age < 6 mois	Age > 6 mois
	<input type="checkbox"/> Symptomatique (en plus du bruit respiratoire)		C : 10-28 jours	D : < 3 mois
	<input type="checkbox"/> Asymptomatique (sauf pour bruit respiratoire)		D : < 3 mois	E : > 3 mois
Maladie pulmonaire chronique connue ou suspectée	<input type="checkbox"/> Enfant < 1 an, très symptomatique		C : 10-28 jours	
	<input type="checkbox"/> Enfant > 1 an		D : < 3 mois	
	<input type="checkbox"/> Suspicion FKP, Test sudation positif ou zone grise		B : 3-10 jours	
	<input type="checkbox"/> Tachypnée du nourrisson (âge < 2 mois)		C : 10-28 jours	
Douleur thoracique	<input type="checkbox"/> Aigue, répétitive, déjà vu à l'Urgence		C : 10-28 jours	
	<input type="checkbox"/> Récurrente, non évaluée		D : < 3 mois	
Hémoptysie		IMPORTANTE, REPETITIVE	DIRIGER VERS L'URGENCE	
	<input type="checkbox"/> Légère, fréquente		C : 10-28 jours	
	<input type="checkbox"/> Un seul épisode ou peu fréquent		D : < 3 mois	
Masse thoracique, nodule * (Envoyer CD immédiatement)	<input type="checkbox"/> Masse thoracique, masse médiastinale		A : 0-3 jours	
	<input type="checkbox"/> Nodule pulmonaire		D : < 3 mois	
Malformation thoracique	<input type="checkbox"/> Scoliose, pectus, autre malformation		D : < 3 mois	
Maladie neuromusculaire suspectée, connue	<input type="checkbox"/> Hypotonie, difficultés respiratoires		Age < 1 an	Age > 1 an
			C : 10-28 jours	D : < 3 mois
Tuberculose * (CD des radiographies obligatoire)	<input type="checkbox"/> Suspicion de TB active, suivi traitement		B : 3-10 jours	
	<input type="checkbox"/> Tuberculose latente (PPD positif)		D : < 3 mois	
<input type="checkbox"/> Autres raisons de consultations en médecine respiratoire :				

Renseignements complémentaires pertinents, si nécessaires :

Signature du médecin : _____ No permis: _____

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