



DT9285

CONSULTATION EN NEUROLOGIE ADULTE

Attention : Consulter les alertes cliniques au verso et favoriser les protocoles de l'Accueil clinique (si disponibles) avant de remplir ce formulaire.

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			
Vasculaire (AIT)	<input type="checkbox"/> Symptômes neurologiques focaux transitoires suggestifs d'AIT (ICT) se présentant après > 14 jours	C	Troubles du mouvement	<input type="checkbox"/> Suspicion de parkinsonisme <input type="checkbox"/> Avec chutes	D
	<input type="checkbox"/> Symptômes neurologiques focaux transitoires excluant une parésie unilatérale et un trouble de la parole se présentant entre 48 heures et 14 jours	C		Tremblement : <input type="checkbox"/> Tête <input type="checkbox"/> MS (bilat.) <input type="checkbox"/> Autres troubles mouvements <i>(Prérequis : préciser type de troubles)</i>	C D E E
TNC	<input type="checkbox"/> Trouble neurocognitif majeur (TNC) (seront vus en neuro les usagers avec symptômes atypiques ou progression rapide ou moins de 65 ans avec une justification dans la section « Impr. diagn. ») <i>(Prérequis : résultat MMSE : _____ ou MOCA : _____ et joindre rapport)</i> <i>(Souhaitables : bilan sanguin incluant B12, TSH, VDRL et imagerie cérébrale)</i>	D	Épilepsie	<input type="checkbox"/> Convulsion de novo	B
				Épilepsie connue sans neurologue traitant : <input type="checkbox"/> Contrôlée/demande de réévaluation <input type="checkbox"/> Non contrôlée <input type="checkbox"/> Perte de conscience inexplicée	E C D
Neuromusculaire	Consultation pour trouble neuromusculaire avec considération EMG : <input type="checkbox"/> Tunnel carpien <input type="checkbox"/> Avec impact fonctionnel au travail <input type="checkbox"/> Maladie neuromusculaire avec atrophie, fasciculation, ↑CK ou suspicion myasthénie <input type="checkbox"/> Polyneuropathie Radiculopathie avec déficit neuro (moteur ou sensitif) ou mononévrite isolée : <input type="checkbox"/> Incapacité fonctionnelle sévère : (impact majeur pr AVD et AVQ et symptomatologie présente ≥ 3 sem. et réfractaire au tx conservateur) <input type="checkbox"/> Incapacité fonctionnelle modérée (ex. : impact sur sommeil, travail, loisirs) <input type="checkbox"/> Incapacité fonctionnelle légère et persistante	E D C E C D E	SEP ou suspicion	<input type="checkbox"/> Suspicion clinique de SEP excluant trouvaille fortuite d'anomalies à l'IRM <i>(Prérequis : préciser symptômes, anomalies neuro et impact fonctionnel dans section « Impr. diagn. »)</i>	D
				Diagnostic confirmé (sans neurologue traitant) : <input type="checkbox"/> Poussée active <i>(préciser)</i> <input type="checkbox"/> Poussée récente <i>(préciser)</i> <input type="checkbox"/> Maladie stable <i>(préciser)</i>	B D E
				<input type="checkbox"/> Migraine <i>(Prérequis : échec au tx abortif (Triptan) et 2 tx prophylactiques, histoire tx tentés (agent, dose, efficacité et durée) (Souhaitable : raison de l'échec dans section « Impr. diagn. »)</i> <input type="checkbox"/> Suspicion céphalée de Horton (Cluster) <i>(Prérequis : justifier manif. autonomiques)</i> <input type="checkbox"/> Névralgie du trijumeau <i>(Prérequis : décrire dir paroxystique, territoire, zone gachette, etc.) (Souhaitable : tentative tx à la Carbamazépine)</i> <input type="checkbox"/> Autre type de céphalées primaires <i>(Prérequis : justifier dx suspecté)</i>	D C C 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"/> Disponible(s) dans DSQ	
				<input type="checkbox"/> Annexé(s) à la présente demande	
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					

Alertes cliniques (liste non exhaustive)

Diriger l'utilisateur à l'urgence

- Symptômes neurologiques transitoires soient : hypoesthésie latéralisée, cécité monoculaire, hémianopsie, dysmétrie ou vertige avec autres signes neurologiques et **excluant** un trouble moteur ou un trouble de la parole depuis **≤ 48 heures**
Utiliser le formulaire de l'Accueil clinique si disponible dans la région
- Parésie unilatérale et/ou un trouble de la parole transitoire ou fluctuante se présentant entre **48 heures et 14 jours**
Utiliser le formulaire de l'Accueil clinique si disponible dans la région
- Suspicion d'un IAT/AVC avec parésie unilatérale et/ou trouble de la parole persistant, fluctuant ou transitoire depuis < 48 heures
- Céphalée à début subit ou qui s'accompagne d'indice d'alarme (température, déficit neurologique, altération du sensorium, papilloedème, suspicion d'artérite temporale, etc.)
- Altération de l'état de conscience ou état confusionnel aigu
- Status épileptique ou crises convulsives à répétition
- Suspicion d'une atteinte médullaire rapidement progressive
- Suspicion d'un syndrome de Guillain-Barré

Liste de diagnostics pour lesquels une consultation en neurologie n'est pas indiquée ou pour lesquels il existe des ressources spécialisées régionales :

- TDAH
- Vertiges isolés (diriger en ORL)
- Lombalgie et cervicalgie isolées (sans signe ou symptôme de radiculopathie)
- TCC et syndrome post-commotionnel
- Trouble du sommeil