



DT9269

CONSULTATION EN MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE MALADIES INFECTIEUSES ADULTE

Attention : Consulter les alertes cliniques et les conditions nécessitant une prise en charge en moins de 24 heures au verso.

Favoriser les protocoles de l'Accueil clinique (si disponible) et les corridors de services fonctionnels déjà existants avant de remplir ce formulaire.

| | | | |
|---------------------------|--------------|------------|----------------------|
| Nom et prénom de l'usager | | | |
| 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 | | | |
|---|---|---|--|---|-------------------|
| Usager non en infection aiguë | | | Autres | | |
| <input type="checkbox"/> | Gestion d'infections urinaires récurrentes <i>(Prérequis : résultats de cultures d'urine positives et traitements associés)</i> | C | <input type="checkbox"/> | Herpes simplex récurrent | D |
| <input type="checkbox"/> | Gestion d'infections récurrentes à germes multi-résistants (ex. : SARM, ERV, etc.) | C | <input type="checkbox"/> | Parasitose intestinale confirmée <i>(Prérequis : résultat de recherche de parasites)</i> | B |
| <input type="checkbox"/> | Gestion d'infection dans un contexte de multiples allergies aux antibiotiques | C | <input type="checkbox"/> | Infection non sévère du pied diabétique | B |
| <input type="checkbox"/> | Gestion d'infections à <i>C. difficile</i> récurrentes | B | Pour les plaies chroniques non infectées : Référer à vos cliniques de soins de plaies | | |
| Sérologie positive | | | <input type="checkbox"/> | Possibilité de maladie tropicale sans atteinte de l'état général (excluant la malaria) | B |
| VIH | <input type="checkbox"/> Nouvellement diagnostiqué <i>(Prérequis : résultat VIH)</i> | B | TB latente suspectée (non active et non contagieuse) | <input type="checkbox"/> Avec agent immunosuppresseur en cours ou à venir | B |
| | <input type="checkbox"/> Usager connu <i>(Prérequis : justifier la raison de consultation et prescrire décompte de CD4 et charge virale)</i> | C | | <input type="checkbox"/> Contexte de dépistage | D |
| <input type="checkbox"/> | Hépatite B chronique <i>(Prérequis : justifier et résultat de sérologie)</i> | C | <input type="checkbox"/> F.U.O. (fièvre d'origine indéterminée depuis > 14 jours et bilan infectieux de base négatif incluant hémocultures) <i>(Prérequis : résultats de laboratoire)</i> | | |
| <input type="checkbox"/> | Hépatite C <i>(Prérequis : justifier et résultat de sérologie)</i> | C | | | |
| <input type="checkbox"/> | Syphilis <i>(Prérequis : résultat de sérologie)</i> | B | | | |
| <input type="checkbox"/> | Autres sérologies (ex. : toxo) <i>(Prérequis : résultat de sérologie)</i> | C | | | |
| <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 | | | | | |

Conditions cliniques nécessitant une prise en charge < 24 h (liste non exhaustive) :
Utiliser le formulaire d'Accueil clinique (si disponible)
ou rejoindre le microbiologiste de garde
ou diriger l'utilisateur vers l'urgence

- Cellulite nécessitant un traitement IV ou réfractaire au traitement PO
- Bursite nécessitant un traitement IV ou réfractaire au traitement PO
- Morsure animale ou humaine surinfectée

Alertes cliniques (liste non exhaustive)

Diriger l'utilisateur vers l'urgence

- Fièvre post retour de voyage, suspicion de malaria ou de maladie respiratoire sévère (MRS)
- Sepsis
- Méningite
- Endocardite
- Arthrite septique
- Ténosynovite infectieuse
- Cellulite rapidement progressive
- Exposition accidentelle à un liquide biologique
- Morsure animale autre que chien et chat
- Infection sévère chez un usager immunosupprimé