



DT9429

## CONSULTATION EN NEUROCHIRURGIE ADULTE

**Attention :**

- 1- Pour les alertes cliniques et les priorités A et B (voir verso), communiquer directement avec le neurochirurgien de garde.
- 2- Aviser l'usager d'apporter une copie CD-ROM des imageries pour le rendez-vous avec le spécialiste.
- 3- Cocher la raison de consultation et compléter la section Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires.
- 4- Joindre les autres rapports d'investigation pertinents si disponibles.

|                           |              |             |                      |
|---------------------------|--------------|-------------|----------------------|
| 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 : B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois <i>Pour les consultations de priorité A (≤ 3 jrs), ne pas les transmettre au CRDS ; utiliser les corridors suivants : spécialiste de garde, accueil clinique, etc.</i> |                |   |  |   |
|---|---|--|----------------|---|--|---|
| Rachis cervico-dorsal   | <input type="checkbox"/> Myélopathie compressive avec symptômes > 8 semaines<br><i>(Prérequis : rapport d'IRM &lt; 12 mois et autres rapports d'investigation)</i>  | C  | Tumeur         | <input type="checkbox"/> Tumeurs intracrâniennes extracérébrales : méningiome, neurinome, schwannome, tumeur hypophysaire, base ou voûte du crâne<br><i>(Prérequis : rapport d'IRM ou TDM et autres rapports d'investigation)</i> | <input type="checkbox"/> Avec symptôme neurologique progressif                     | C |
|   | <input type="checkbox"/> Radiculopathie douloureuse ou sensitivo-motrice<br><i>(Prérequis : rapport d'IRM &lt; 12 mois et autres rapports d'investigation) (ex: hernie discale cervicale)</i>   | D  |                | <input type="checkbox"/> Avec symptômes sévères et limitation fonctionnelle (AVD/AVQ) > 8 semaines  | <input type="checkbox"/> Sans symptôme neurologique progressif                     | D |
|   | <input type="checkbox"/> Avec symptômes modérés chroniques > 8 semaines   | E  |                |   |  |   |
|   | <input type="checkbox"/> Cervicalgie/dorsalgie avec instabilité anatomique, démontrée à l'imagerie, sans atteinte médullaire ou radiculaire<br><i>(Prérequis : rapport d'imagerie et autres rapports d'investigation si disponible)</i>                               | D  |                |   |  |   |
| Rachis lombo sacré  | <input type="checkbox"/> Radiculopathie douloureuse ou sensitivo-motrice ou claudication neurogénique<br><i>(Prérequis : rapport d'IRM &lt; 12 mois et autres rapports d'investigation) Échec physiothérapie x 8 semaines et médication</i>                           | D  | Vasculaire     | <input type="checkbox"/> Anévrisme cérébral, malformation artério-veineuse fistule durale, angiome caverneux (sans hémorragie)<br><i>(Prérequis : rapport d'IRM ou TDM et autres rapports d'investigation)</i>                    |  | D |
|   | <input type="checkbox"/> Avec symptômes sévères et limitation fonctionnelle (AVD/AVQ) > 8 semaines  | D  |                | <input type="checkbox"/> Sténose carotidienne asymptomatique (≥ 70 %)<br><i>(Prérequis : rapport d'imagerie et autres rapports d'investigation)</i>   |  | D |
| Rachis lombo sacré  | <input type="checkbox"/> Avec symptômes modérés chroniques > 8 semaines   | E  | Fonctionnel    | <input type="checkbox"/> Névralgie crano-faciale (ex. : trijumeau) réfractaire au traitement médical<br><i>(Prérequis : rapport d'IRM et autres rapports d'investigation)</i>   |  | D |
|   | <input type="checkbox"/> Lombalgie isolée sans atteinte radiculaire avec anomalie structurelle (scoliose, spondylolyse, spondylolisthésis, sténose spinale, sténose foraminale)<br><i>(Prérequis : rapport d'IRM &lt; 12 mois et autres rapports d'investigation)</i> | E  |                | <input type="checkbox"/> Neuromodulation pour syndrome douloureux chronique ou pour spasticité<br><i>(Prérequis : rapports d'investigation)</i>   |  | E |
| Nerfs périphériques   | <input type="checkbox"/> Neuropathie compressive (ex. : tunnel carpien ou canal cubital)<br><i>(Prérequis : EMG &lt; 1 an et autres rapports d'investigation)</i>   | D  | Crânien divers | <input type="checkbox"/> Hydrocéphalie chronique ou à pression normale<br><i>(Prérequis : rapport d'imagerie et autres rapports d'investigation)</i>  |  | D |
|   | <input type="checkbox"/> Avec atteinte motrice  | D  |                | <input type="checkbox"/> Kyste intracrânien (ex. : arachnoïdien, glande pinéale)<br><i>(Prérequis : rapport d'IRM ou TDM et autres rapports d'investigation)</i>  |  | E |
|   | <input type="checkbox"/> Sans atteinte motrice  | E  |                | <input type="checkbox"/> Lésion osseuse crânienne d'aspect bénin (ex. : kyste, malformation osseuse)<br><i>(Prérequis : rapport d'IRM ou TDM et autres rapports d'investigation)</i>  |  | E |
|   | <input type="checkbox"/> Tumeur d'un nerf périphérique<br><i>(Prérequis : IRM ou échographie &lt; 12 mois)</i>  | D  |                | <input type="checkbox"/> Malformation de Chiari type 1 : Symptomatique <sup>1</sup> ou avec Syrinx  |  | D |
| <input type="checkbox"/> Autre raison de consultation non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique<br><i>(justification OBLIGATOIRE dans la section suivante) :</i> |   |  |                |   | Priorité clinique  |   |
| <b>Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires</b>   |   |  |                |   | <b>Si prérequis exigé(s) :</b>   |   |
|   |   |  |                |   | <input type="checkbox"/> Disponible(s) dans DSQ                                    |   |
|   |   |  |                |   | <input type="checkbox"/> Annexé(s) à la présente demande                           |   |
| <b>Besoins spéciaux :</b>   |   |  |                |   |  |   |
| <b>Identification du médecin référent et du point de service</b>  |   |  |                |   | <b>Estampe</b>   |   |
| 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)  |  |   |
| <b>Médecin de famille :</b> <input type="checkbox"/> Idem au médecin référent <input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille   |   |  |                |   | <b>Référence nominative (si requis)</b>  |   |
| 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 et raisons de consultation de priorité A ou B (liste non exhaustive)

### Communiquer avec le neurochirurgien de garde

- Hémorragie intracrânienne
- Syndrome d'hypertension intracrânienne avec ou sans altération de l'état de conscience
- Apparition soudaine ou rapidement progressive d'un déficit neurologique (localisation cérébrale, médullaire ou queue de cheval ou radiculopathie aiguë avec déficit moteur significatif)
- Myélopathie aiguë ou subaiguë (compression médullaire) avec évolution rapide des symptômes
- Sténose carotidienne symptomatique
- Traumatisme cranio-cérébral (TCC) ou spino-médullaire aigu modéré et sévère
- Fracture du crâne ou du rachis
- Tumeurs cérébrales intraparenchymateuses : métastases, gliomes ou autres
- Tumeurs du rachis intra-durales ou extra-durales (primaires ou métastatiques)

### Légende

<sup>1</sup> Les symptômes associés à la malformation de Chiari type 1 sont les suivants : Céphalée occipito-cervicale à l'effort, trouble de déglutition, apnée du sommeil. La présence d'au moins un de ces symptômes est requise.