

## CONSULTATION EN ORL

Établissement :						
Raison de consultation		Échelle de priorité clinique : A : ≤ 3 jrs B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois				
Otoneurologie	Surdité <input type="checkbox"/> Neurosensorielle subite unilatérale <input type="checkbox"/> Avec retard de langage chez l'enfant <input type="checkbox"/> �valuation surdité chronique (Prérequis : audiogramme souhaitable)	A D E	Rhinosinusologie	épistaxis <input type="checkbox"/> Récentes et sévères avec facteurs de risque (anticoagulation, anémie, etc.) <input type="checkbox"/> Récidivante et chronique	A D	
	<input type="checkbox"/> Otite récidivantes ou sérieuse persistante (depuis 3 mois) chez l'enfant	D		<input type="checkbox"/> Fracture nasale déplacée ▶ Si hématome septal voir	B	
	<input type="checkbox"/> Otite externe sévère qui ne répond pas au traitement	B		<input type="checkbox"/> Rhinosinusites chroniques ou sinusites � répétition (+ de 3 par année)	E	
	<input type="checkbox"/> Acouphène (Prérequis : audiogramme souhaitable)	E	Autres	<input type="checkbox"/> Hypertrophie adéno-amygdalienne avec suspicion d'apnée du sommeil	D	
	<input type="checkbox"/> Perforation tympanique traumatique avec vertiges aigus	A		<input type="checkbox"/> Hypertrophie adéno-amygdalienne	E	
	Vertiges <input type="checkbox"/> Sévères, anormalement incapacitants avec examen neurologique normal <input type="checkbox"/> R�cidivants ou dont l'évolution sur plusieurs semaines est non favorable	C D		<input type="checkbox"/> Nodule thyroïdien (Prérequis : TSH et ) souhaitable)	D	
	<input type="checkbox"/> Paralysie faciale périphérique ▶ Débuter stéroïdes oraux et ar	B		<input type="checkbox"/> Dysphonie d'une durée de plus de 3 semaines	C	
			<input type="checkbox"/> Masse cervicale suspecte	B		
			<input type="checkbox"/> Lésion suspecte de la bouche ou du nez	B		
			<input type="checkbox"/> Dysphagie haute chronique	D		
Autre (utiliser cette section pour modifier une priorité ou pour toute autre raison de consultation et justifier) :				Priorité clinique		
Renseignements cliniques pertinents				(joindre rapports, médication, etc.)		
Besoins spéciaux :						
Identification du médecin r�f�rent et du point de service				Estampe		
Nom du médecin r�f�rent		N� de permis				
Ind. r�g.	N� de téléphone	N� de poste	Ind. r�g.			N� de télécopieur
Nom du point de service						
Signature		Date (année, mois, jour)				
Médecin de famille : <input type="checkbox"/> Idem au médecin r�f�rent <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						

Nom :

Site :  
# Dossier:

Complétion du formulaire	
Identification de l'utilisateur	<ul style="list-style-type: none"><li>Inscrire le numéro de téléphone qui permettra au Centre de répartition des demandes de service (CRDS) de confirmer le rendez-vous (RV).</li><li>Inscrire le code postal afin de permettre de donner un RV à proximité du domicile de l'utilisateur.</li></ul>
Raison de consultation	<ul style="list-style-type: none"><li>Cocher la raison de consultation.</li><li>Sinon inscrire la raison de consultation non prévue au formulaire dans la case « Autre » et préciser la priorité clinique.</li></ul>
Priorité clinique	<ul style="list-style-type: none"><li>Justifier toute priorité clinique modifiée ou toute autre raison de consultation.</li></ul> <p><i>Permet au CRDS de connaître le délai maximal pour réaliser la consultation. Délai calculé en jours calendrier (inclus jours fériés et fins de semaine). Vous serez informé de toute priorité ne pouvant être respectée.</i></p>
Renseignements cliniques pertinents	<ul style="list-style-type: none"><li>Inscrire toutes les informations justifiant la priorité clinique ou sa modification.</li><li>Acheminer au CRDS tous les prérequis (rapports ou analyses) nécessaires pour la consultation.</li><li>Joindre la liste de médicaments.</li><li>Besoins spéciaux : Inscrire les besoins particuliers tels que : interprète, déplacement en fauteuil roulant ou autre.</li></ul>
Identification du médecin référent et du point de service	Remplir cette section afin que le rapport de consultation vous soit acheminé au bon point de service.
Référence nominative	Il est possible que le délai ne soit pas respecté si le médecin demandé n'est pas disponible. Le CRDS communiquera alors avec vous afin de convenir d'une solution alternative.
Formulaire	<ul style="list-style-type: none"><li>Acheminer par télécopieur le formulaire à votre CRDS.</li><li>Ne pas remettre de copie du formulaire à l'utilisateur.</li></ul>

#### Légende

<sup>1</sup> Pour les usagers de 16 ans ou plus présentant une paralysie faciale idiopathique depuis moins de 72 heures et sans contre-indication au traitement :

Une corticothérapie orale est fortement recommandée. Un traitement de 50 mg de prednisone po die pour 10 jours constitue une thérapie valable. La prescription concomitante d'antiviraux demeure à la discrétion du clinicien. Cependant, la prescription d'antiviraux sans corticothérapie est déconseillée. Il est aussi recommandé de prescrire un lubrifiant oculaire de même que des larmes artificielles ainsi qu'une protection oculaire nocturne au besoin. (American Academy of Otolaryngology Head and Neck Surgery).

<sup>2</sup> Si l'utilisateur présente une fracture nasale avec un hématome septal, diriger l'utilisateur vers l'urgence.

#### Alertes cliniques (liste non exhaustive)

#### Communiquer avec l'ORL de garde ou diriger l'utilisateur à l'urgence

- Épistaxis majeure non contrôlée
- Fracture du nez avec hématome septal<sup>2</sup>
- Abcès péri-amygdalien
- Otite externe avec sténose complète du conduit auditif externe ou cellulite