

**CONSULTATION EN NEUROLOGIE  
ADULTE**

Établissement :						
<b>Attention : Consulter les alertes cliniques au verso et favoriser les protocoles de l'Accueil clinique (si disponibles) avant de remplir ce formulaire.</b>						
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	D	
	<input type="checkbox"/> Symptômes neurologiques focaux transitoires excluant une parésie unilatérale et un trouble de la parole se présentant <b>entre 48 heures et 14 jours</b>	C		<input type="checkbox"/> Avec chutes Tremblement : <input type="checkbox"/> Tête <input type="checkbox"/> MS (bilat.) <input type="checkbox"/> Autres troubles mouvements <i>Prérequis : préciser type de troubles</i>	D C 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 Épilepsie connue sans neurologue traitant : <input type="checkbox"/> Contrôlée/demande de réévaluation <input type="checkbox"/> Non contrôlée <input type="checkbox"/> Perte de conscience inexpliquée	B E C D	
				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> ) Diagnostic confirmé (sans neurologue traitant) : <input type="checkbox"/> Pousée active (préciser) <input type="checkbox"/> Pousée récente (préciser) <input type="checkbox"/> Maladie stable (préciser)	D B D E
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	Céphalée		<input type="checkbox"/> Migraine ( <i>Prérequis : échec au tx abortif (Triptan) et 2 tx prophylactiques, histoire tx tentés (agent, dose, efficacité et durée)</i> ) ( <i>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.</i> ) ( <i>Souhaitable : tentative tx à la Carbamazépine</i> ) <input type="checkbox"/> Autre type de céphalées primaires ( <i>Prérequis : justifier dx suspecté</i> )	D
		D		C		
		C		C		
		D		E		
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						

Nom :

Site :  
# Dossier:

**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  $\leq 48$  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