


CONSULTATION EN NÉPHROLOGIE

Établissement :						
Attention : Consulter les alertes cliniques au verso avant de remplir ce formulaire.						
Raison de consultation		Échelle de priorité clinique : A : ≤ 3 jrs B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois				
Prérequis : Échographie rénale demandée pour toute raison de consultation sauf pour les troubles électrolytiques						
IRA	IRA : Contrôlé à 2 reprises dans un délai de 1 à 30 jours (Prérequis : les 3 rapports de la créatinine)	<input type="checkbox"/> > 100 % avec hématurie et protéinurie ¹	A	HTA	<input type="checkbox"/> Gestationnelle	B
		<input type="checkbox"/> > 100 % <input type="checkbox"/> > 50-100 % <input type="checkbox"/> < 50 %	B C D		<input type="checkbox"/> Réfractaire malgré 3 médicaments et plus, incluant un diurétique	D
IRC	<input type="checkbox"/> IRC : DFGe < 20 ml/min		B	Autres	<input type="checkbox"/> Troubles électrolytiques et/ou acidose métabolique contrôlée à 2 reprises sur une période de 10 jours (après investigation traitement)	D
	<input type="checkbox"/> IRC : DFGe qui diminue progressivement (plus de 20 %)		C		<input type="checkbox"/> Évaluation métabolique pour lithiases rénales (2 épisodes et +)	E
	<input type="checkbox"/> IRC : DFGe entre 20-30 ml/min stable		D		<input type="checkbox"/> Maladies génétiques rénales	E
	<input type="checkbox"/> IRC : DFGe entre 20-60 ml/min avec protéinurie ¹		D		<input type="checkbox"/> Anomalie de l'anatomie rénale	E
Protéinurie	Protéinurie ^{2,3} contrôlée à 2 reprises (Prérequis : protéine/créatinine sur une miction (spot urinaire) ou collecte urinaire de 24 h) Cf Tableau d'équivalence au verso ³	<input type="checkbox"/> > g/24 h avec hypoalbuminémie ou anasarque	B		<input type="checkbox"/> Rein unique, polykystose, fer à cheval Hématurie isolée après investigation urologique négative (Prérequis : rapport d'écho-rénale, créatinine, A/C urine)	E
		<input type="checkbox"/> > 3 g/24 h	C			
		<input type="checkbox"/> 1-3 g/24 h	D			
		<input type="checkbox"/> < 1 g/24 h	E			
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 référent et du point de service					Estampe	
Nom du médecin référent			Nom du point de service			
Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste	Ind. rég.	N° de télécopieur		N° de permis
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						

Complétion du formulaire 	
Ce formulaire doit être utilisé pour la clientèle de 16 ans et plus.	
Identification de l'utilisateur	<ul style="list-style-type: none"> Inscrire le numéro de téléphone qui permettra au Centre de répartition des demandes de service (CRDS) de confirmer le rendez-vous (RV). Inscrire le code postal afin de permettre de donner un RV à proximité du domicile de l'utilisateur.
Raison de consultation	<ul style="list-style-type: none"> Cocher la raison de consultation. Sinon inscrire la raison de consultation non prévue au formulaire dans la case « Autre » et préciser la priorité clinique.
Priorité clinique	<ul style="list-style-type: none"> Justifier toute priorité clinique modifiée ou toute autre raison de consultation. <p>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.</p>
Renseignements cliniques pertinents	<ul style="list-style-type: none"> Inscrire toutes les informations justifiant la priorité clinique ou sa modification. Acheminer au CRDS tous les prérequis (rapports ou analyses) nécessaires pour la consultation. Joindre la liste de médicaments. Besoins spéciaux : Inscrire les besoins particuliers tels que : interprète, déplacement en fauteuil roulant ou autre.
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"> Acheminer par télécopieur le formulaire à votre CRDS. Ne pas remettre de copie du formulaire à l'utilisateur.

Légende

- Protéinurie obtenue sur une miction (spot ou échantillon urinaire).
- Protéinurie obtenue sur une miction (spot ou échantillon urinaire) ou sur une collecte de 24 heures.
- Protéinurie : Tableau d'équivalence pour l'albuminurie et la protéinurie entre l'échantillon urinaire (albumine/créatinine ou protéine/créatinine) et la collecte urinaire de 24 heures (voir tableau ci-dessous).

Alertes cliniques (liste non exhaustive)

Diriger l'utilisateur à l'urgence 

- IRA : Baisse du DFGe moins de 15 ET symptômes urémiques ou atteintes d'autres organes
- Augmentation de la créatinine > 200 %
- Glomérulonéphrite avec hémoptysie (exemple : vasculite)
- Troubles électrolytiques sévères et/ou symptomatiques
- Troubles acido-basiques sévères
- HTA sévère symptomatique

Protéinurie : Tableau d'équivalence pour l'albuminurie et la protéinurie entre l'échantillon urinaire (albumine/créatinine ou protéine/créatinine) et la collecte urinaire de 24 heures 

	Albuminurie			Protéinurie					
	Ratio		24 h	Ratio			24 h		
	mg/mmol	mg/g	mg	mg/mmol	g/mmol	mg/g	g/g	mg	G
Normal	< 3	< 30	< 30	< 15	> 0,015	< 150	< 0,15	< 150	< 0,15
Protéinurie < 1 g/jour	< 60	< 600	< 600	< 100	< 0,1	< 1000	< 1,0	< 1000	< 1,0
Protéinurie < 1-3 g/jour	60-180	600-1800	600-1800	100-300	0,1-0,3	1000-3000	1,0-3,0	1000-3000	1,0-3,0
Protéinurie > 3 g/jour	> 180	> 1800	> 1800	> 300	> 0,3	> 3000	> 3,0	> 3000	> 3,0