

CONSULTATION EN PÉDIATRIE GÉNÉRALE

Établissement :								
Pour toutes situations que vous identifiez de priorité A, communiquez avec le pédiatre de garde.								
Raison de consultation	Échelle de priorité clinique :	•	irs B:≤10 jrs	C : ≤ 28 jrs	D : ≤ 3 mois	E : ≤ 12 mois		
Souhaitable : Courbe de croissance pour toute raison de consultation								
Irritabilité – Troubles d'alimentation ☐ Âge < 1 mois			Souffle cardiaque \Box Âge < 1 mois (enfant stable) \Box Âge 1-3 mois			B C		
	☐ Âge 1-6 mois	С	(enfant stable)			\square Age 1-3 mois \square Âge > 3 mois	D	
	☐ Âge > 6 mois	D	Référer au pro	éalable au dépist	tage Agir tôt du	CISSS ou du CIUSSS		
Retard de croissance	□ Âge ≤ 1 an	С	☐ Retard de développement chez un enfant 0-5 ans (Souhaitable : profil du développement Agir tôt et/ou rapports				D	
statural et/ou pondéral	☐ Âge > 1 an	D	d'évaluation,	courbe de périmètre e demandés si retard	crânien, évaluation	ien, évaluation orthophonique et		
☐ Douleur abdominale chronique/diarrhée chronique/constipation			☐ Évaluation trouble scolaire – TDAH E				E	
(Souhaitable : calendrier des symptômes) ☐ Infections à répétition : respiratoires, urinaires et autres			(Prérequis : rapport évaluation SNAP IV ou Conners ou questionnaire Poulin ou évaluation psychosociale) ☐ Troubles de comportement					
(Souhaitable : rapport imagerie médicale)						E		
	e novo avec vomissements et examen neurologique normal	В	(Prérequis : rapport évaluation psychosociale demandée) Anomalie du crâne/plagiocéphalie			andée)		
(Aigraine	c _					D	
	Chronique	D		nes cutanés (Prérequis : préciser)			E	
Toux chronique/asthme (Souhaitable : calendrier des symptôm		C	☐ Énurésie				E	
	on d'une priorité clinique							
☐ Autre raison de consultation non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique (justification OBLIGATOIRE dans la section suivante):							é clinique	
Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires Si prérequis exigé(s					(s):			
☐ Annexé(s) à la présente					amanda			
					, , .			
Besoins spéciaux :								
Identification du médecin référent et du point de service				Estampe				
Nom du médecin référent N° de ;			mis					
Ind. rég. N° de téléphone	N° de poste Ind. rég. N	l° de télécopi	eur					
Nom du point de service								
Signature Date (année, mois								
Médecin de famille : ☐ Idem au médecin référent ☐ 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				
Nom du paint de conice				en particulier				
Nom du point de service								

	# Dossier:
Priorité A :	
Pour toutes situations que vous identifiez de priorité A, communiquez avec le pédiatre de garde.	
Alertes cliniques :	
Pour toutes situations que vous identifiez comme étant une alerte clinique, communiquez avec le pédiatre de garde c vers l'urgence.	ou dirigez l'enfant

Nom:

Site: