

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 : A : ≤ 3 jrs 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 <input type="checkbox"/> Âge < 1 mois <input type="checkbox"/> Âge 1-6 mois <input type="checkbox"/> Âge > 6 mois	B C D
Retard de croissance statural et/ou pondéral <input type="checkbox"/> Âge ≤ 1 an <input type="checkbox"/> Âge > 1 an	C D
<input type="checkbox"/> Douleur abdominale chronique/diarrhée chronique/constipation <i>(Souhaitable : calendrier des symptômes)</i>	D
<input type="checkbox"/> Infections à répétition : respiratoires, urinaires et autres <i>(Souhaitable : rapport imagerie médicale)</i>	D
Céphalée <i>(Souhaitable : calendrier des symptômes)</i> <input type="checkbox"/> De novo avec vomissements et examen neurologique normal <input type="checkbox"/> Migraine <input type="checkbox"/> Chronique	B C D
Toux chronique/asthme <i>(Souhaitable : calendrier des symptômes)</i> <input type="checkbox"/> Âge ≤ 6 mois <input type="checkbox"/> Âge > 6 mois	C D
<input type="checkbox"/> 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"/> Annexé(s) à la présente demande <input type="checkbox"/> Prescrit(s)
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:

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 ou dirigez l'enfant vers l'urgence.