



CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant



HSJ-1043



RÉFÉRENCE AUX MÉCANISMES D'ACCÈS PÉDIATRIQUES (MAP) – CONSULTATION EN ENDOCRINOLOGIE

Date de la demande (aaaa/mm/jj) : / / **Veillez télécopier ce formulaire au : 514-345-4993**

Partie I : Identification de l'enfant (Compléter les informations avec(*) qui ne se retrouvent pas sur l'adressographe ou si illisibles)

1. *Nom :	*Prénom :	*Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
2. *Date de naissance (aaaa/mm/jj) : / /	*RAMQ :	Exp. (aaaa/mm) : /
3. Si RAMQ non disponible, numéro RAMQ de la mère (obligatoire) :		Exp. (aaaa/mm) : /
4. Nom de fille de la mère :	Courriel (pour communication) :	
5. Adresse :	Appartement :	
Ville :	Code postal :	
* Numéro de téléphone (principal) :	Autre N° téléphone :	
6. Langue : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre :		
7. Malentendant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
8. Besoin d'interprète ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, spécifier la langue :	

Partie II : Provenance de la demande

*Nom du médecin référent :	*Prénom :	*Numéro de permis :	
*N° téléphone :	*N° télécopieur :	Courriel professionnel :	
*Adresse professionnelle :	ESTAMPE DU MÉDECIN		
Ville :			Code postal :
*Identification du professionnel qui assura le suivi (si différent de ci-haut) :			
*Titre du professionnel	*Numéro de permis :		
*Nom:	*Prénom :		
*N° téléphone :	*N° télécopieur :		
Courriel professionnel :			

Partie III : Raison de consultation

SVP choisir la raison de consultation en cochant la case appropriée , dans le tableau à la page suivante

Partie IV : Médication actuelle

Aucune Voir profil pharmacologique joint Profil pharmacologique sera apporté lors de la visite

Si médication en cours et aucun profil, spécifier svp la médication ou autre traitement :

***Partie V : Bilan**

Tests de laboratoires déjà faits? Oui Non En attente

Bilan hormonal Si résultats disponibles : SVP joindre rapport Endroit, spécifier :

Bilan sanguin Si résultats disponibles : SVP joindre rapport

Autre Spécifier SVP et joindre rapport:

Examens en imagerie médicale : Oui Non CD remis au patient/représentant : Oui Non

Traitement(s) antérieur(s) (pharmacologique ou non) :



HSJ-1043

* Nom, prénom :

Dossier :

RAMQ :

Priorité : URGENT : vers l'urgence, **A** : 0 – 3 jours, **B** : 3 – 10 jours, **C** : 10 – 28 jours, **D** : < 3 mois, **E** : > 3 mois
 N.B. : Le délai du rendez-vous a été établi pour chacune des conditions cliniques ci-jointes mais l'équipe des **MAP** se réserve le droit de le modifier selon les renseignements cliniques fournis et selon les disponibilités

Partie III : Raison de consultation (cocher le diagnostic le plus approprié)

<input checked="" type="checkbox"/>	Condition/diagnostic	Pré-requis; Courbe de croissance pour toute consultation	Priorité selon Md référent	Priorité suggérée
<input checked="" type="checkbox"/>	DIABÈTE DE NOVO	Résultat de glycémie si disponible;		Si glycémie (aléatoire) >11; À jeun >7 ou si patient symptomatique = Diriger vers L'URGENCE
<input type="checkbox"/>	Dyslipidémie	Bilan lipidique récent (6 - 12mois); Bilans antérieurs; Histoire familiale d'hyperlipidémie ou MCV < 50 ans		E : > 3 mois
<input type="checkbox"/>	Hirsutisme et syndrome des ovaires polykystiques	Bilan si fait; Indiquer si irrégularités menstruelles		E : > 3 mois
<input type="checkbox"/>	Hypothyroïdie	Bilan thyroïdien : TSH au minimum		<input type="checkbox"/> Si TSH > 50 mU/L C : 10-28 jrs <input type="checkbox"/> Pour tous les autres D : < 3 mois
<input type="checkbox"/>	Problème thyroïdien autre qu'hypothyroïdie : nodule, goitre, hyperthyroïdie, autre Spécifier :	Si hyperthyroïdie : T4L, TA, FC et indiquer si goitre; Si nodule : TSH et écho thyroïde si fait ou disponible; Si goitre : TSH, décrire taille et texture		<input type="checkbox"/> Si symptômes et T4L > 40 pmol/L (hyperthyroïdie sévère) A : 0-3 jrs
			<input type="checkbox"/> Si autre hyperthyroïdie B : 3-10 jrs	
			<input type="checkbox"/> Pour nodule C : 10-28 jrs	
			<input type="checkbox"/> Pour goitre euthyroïdien E : > 3 mois	
<input type="checkbox"/>	Insuffisance surrénalienne	Bilan si fait; Symptômes à définir vs sevrage;		<input type="checkbox"/> Si enfant < 3 mois d'âge A : 0-3 jrs
			<input type="checkbox"/> Selon sévérité B : 3-10 jrs	
			<input type="checkbox"/> Si sevrage de corticostéroïdes E : > 3 mois	
<input type="checkbox"/>	Maladies osseuses (spécifier si rachitisme ou ostéoporose)	Bilan requis: Ca, P, phosp alcaline; Ostéodensitométrie si disponible; Spécifier si douleurs osseuses; Si oui → appeler le spécialiste		<input type="checkbox"/> Si hypocalcémie A : 0-3 jrs
			<input type="checkbox"/> Pour tous les autres E : > 3 mois	
<input type="checkbox"/>	Obésité avec co-morbidité	TA; Bilan si déjà disponible	Si glycémie > 11 = Diriger vers L'URGENCE E : > 3 mois	
<input type="checkbox"/>	Petite taille	Bilan si fait; Taille des parents; Âge osseux si fait (fournir CD)		<input type="checkbox"/> Si nouveau trouble visuel, vomissements ou céphalées A : 0-3 jrs
			<input type="checkbox"/> Si arrêt complet de croissance sur 6-12 mois (sauf si taille finale atteinte) D : < 3 mois	
			<input type="checkbox"/> Pour tous les autres E : > 3 mois	
<input type="checkbox"/>	Retard pubertaire	Bilan si fait; Âge osseux si fait (fournir CD)		E : > 3 mois
<input type="checkbox"/>	Suspicion de puberté précoce	Bilan si fait; Âge osseux si fait (fournir CD)		<input type="checkbox"/> Signes neuro : nouveau trouble visuel, vomissements ou céphalées A : 0-3 jrs
			<input type="checkbox"/> Si âgé de < 6 ans ou si progression rapide C : 10-28 jrs	
			<input type="checkbox"/> Pour tous les autres D : < 3 mois	

Autres raisons de consultation en endocrinologie :

*Priorité selon Md référent

Renseignements complémentaires pertinents:

Signature du médecin : _____ **No permis:** _____

Pour joindre l'infirmière des mécanismes d'accès pédiatriques (MAP) :
Centre : CHU Sainte-Justine (HSJ)

Téléphone : (514) 345-4931 poste : 7008
Télocopieur : (514) 345-4993

*En tout temps, **pour joindre un médecin** au téléphone: **514-345-4931**, demandez à parler à **l'endocrinologue** de garde du CHU Sainte-Justine*