



**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 :	<b>ESTAMPE DU MÉDECIN</b>		
Ville :			Code postal :
<b>*Identification du professionnel qui assura le suivi (si différent de ci-haut) :</b>			
*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"/>	<b>DIABÈTE DE NOVO</b>	Résultat de glycémie si disponible;		Si glycémie (aléatoire) >11; À jeun >7 ou si patient symptomatique = <b>Diriger vers L'URGENCE</b>
<input type="checkbox"/>	Dyslipidémie	Bilan lipidique récent (6 - 12mois); Bilans antérieurs; Histoire familiale d'hyperlipidémie ou MCV < 50 ans		<b>E</b> : > 3 mois
<input type="checkbox"/>	Hirsutisme et syndrome des ovaires polykystiques	Bilan si fait; Indiquer si irrégularités menstruelles		<b>E</b> : > 3 mois
<input type="checkbox"/>	Hypothyroïdie	Bilan thyroïdien : TSH au minimum		<input type="checkbox"/> Si TSH > 50 mU/L <b>C</b> : 10-28 jrs <input type="checkbox"/> Pour tous les autres <b>D</b> : < 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) <b>A</b> : 0-3 jrs
			<input type="checkbox"/> Si autre hyperthyroïdie <b>B</b> : 3-10 jrs	
			<input type="checkbox"/> Pour nodule <b>C</b> : 10-28 jrs	
			<input type="checkbox"/> Pour goitre euthyroïdien <b>E</b> : > 3 mois	
<input type="checkbox"/>	Insuffisance surrénalienne	Bilan si fait; Symptômes à définir vs sevrage;		<input type="checkbox"/> Si enfant < 3 mois d'âge <b>A</b> : 0-3 jrs
			<input type="checkbox"/> Selon sévérité <b>B</b> : 3-10 jrs	
			<input type="checkbox"/> Si sevrage de corticostéroïdes <b>E</b> : > 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 <b>A</b> : 0-3 jrs
			<input type="checkbox"/> Pour tous les autres <b>E</b> : > 3 mois	
<input type="checkbox"/>	Obésité avec co-morbidité	TA; Bilan si déjà disponible	<b>Si glycémie &gt; 11 = Diriger vers L'URGENCE</b> <b>E</b> : > 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 <b>A</b> : 0-3 jrs
			<input type="checkbox"/> Si arrêt complet de croissance sur 6-12 mois (sauf si taille finale atteinte) <b>D</b> : < 3 mois	
			<input type="checkbox"/> Pour tous les autres <b>E</b> : > 3 mois	
<input type="checkbox"/>	Retard pubertaire	Bilan si fait; Âge osseux si fait (fournir CD)		<b>E</b> : > 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 <b>A</b> : 0-3 jrs
			<input type="checkbox"/> Si âgé de < 6 ans ou si progression rapide <b>C</b> : 10-28 jrs	
			<input type="checkbox"/> Pour tous les autres <b>D</b> : < 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\*