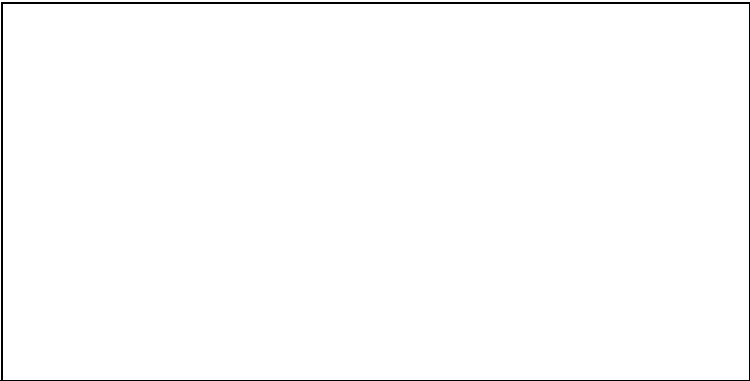




CHU Sainte-Justine  
Le centre hospitalier  
universitaire mère-enfant



HSJ-1044



**RÉFÉRENCE AUX MÉCANISMES D'ACCÈS PÉDIATRIQUES (MAP) – CONSULTATION EN MÉDECINE RESPIRATOIRE**

Date de la demande (aaaa/mm/jj) : / / Veuillez 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 | 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° de téléphone :  | *N° de télécopieur : | Courriel professionnel : |               |
| *Adresse professionnelle :  | ESTAMPE DU MÉDECIN   |                          |               |
| 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° de téléphone :  | *N° de 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

Test de sudation Si résultats disponibles : SVP joindre rapport Endroit, spécifier :

Bilan immunitaire 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-1044

\* 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)**

| Raison de consultation et pré-requis  | Sous-Catégories   | Priorité selon Md référent | Priorité suggérée  |                        |
|---|---|----------------------------|--|------------------------|
| <b>Asthme / Toux/Dyspnée</b><br><br>* (CD des radiographies obligatoire)                              | <input type="checkbox"/> Asthme avec contrôle sous-optimal, sous traitement             |                            | <b>C</b> : 10-28 jours   |                        |
|   | <input type="checkbox"/> Asthme possible ou connu, pour évaluation                      |                            | <b>D</b> : < 3 mois  |                        |
|   |   |                            | <b>Age &lt; 1 an</b>   | <b>Age &gt; 1 an</b>   |
|   | <input type="checkbox"/> Toux, dyspnée ou autres symptômes <b>persistants</b>           |                            | <b>C</b> : 10-28 jours   | <b>D</b> : < 3 mois    |
|   | <input type="checkbox"/> Toux ou dyspnée occasionnelle, <b>récurrente</b>               |                            | <b>D</b> : < 3 mois  | <b>E</b> : > 3 mois    |
| <b>Pneumonies / Infections respiratoires à répétition</b><br><br>* (CD des radiographies obligatoire) | <input type="checkbox"/> Enfant < 2 ans   |                            | <b>D</b> : < 3 mois  |                        |
|   | <input type="checkbox"/> Enfant > 2 ans, <b>persistance radiographies anormales</b>     |                            | <b>D</b> : < 3 mois  |                        |
|   | <input type="checkbox"/> Enfant > 2 ans, radiographies normales                         |                            | <b>E</b> : > 3 mois  |                        |
| <b>Apnées</b>   | <b>ALTE, ETOUFFEMENTS</b>   |                            | <b>DIRIGER VERS L'URGENCE</b>                                    |                        |
|   | <b>GRAVE, PERSISTANT</b>  |                            | Joindre pédiatre ou pneumologue de garde:<br><b>514-345-4931</b> |                        |
|   | Doute sur la sévérité   |                            |  |                        |
|   | <input type="checkbox"/> Suspicion d'apnée centrale ou obstructive <b>âge &lt; 1 an</b> |                            | <b>C</b> : 10-28 jours   |                        |
|   | <input type="checkbox"/> Suspicion d'apnée obstructive <b>âge &gt; 1 an</b>             |                            | <b>E</b> : > 3 mois  |                        |
| <b>Respiration bruyante, stridor, bruits anormaux</b>   |   |                            | <b>Age &lt; 6 mois</b>   | <b>Age &gt; 6 mois</b> |
|   | <input type="checkbox"/> Symptomatique (en plus du bruit respiratoire)                  |                            | <b>C</b> : 10-28 jours   | <b>D</b> : < 3 mois    |
|   | <input type="checkbox"/> Asymptomatique (sauf pour bruits respiratoires)                |                            | <b>D</b> : < 3 mois  | <b>E</b> : > 3 mois    |
| <b>Maladie pulmonaire chronique connue ou suspectée</b>   | <input type="checkbox"/> Suspicion FKP, Test sudation positif ou zone grise             |                            | <b>B</b> : 3-10 jours  |                        |
|   | <input type="checkbox"/> Tachypnée du nourrisson (âge < 2 mois)                         |                            | <b>C</b> : 10-28 jours   |                        |
|   | <input type="checkbox"/> Enfant < 1 an, très symptomatique                              |                            | <b>C</b> : 10-28 jours   |                        |
|   | <input type="checkbox"/> Enfant > 1 an  |                            | <b>D</b> : < 3 mois  |                        |
| <b>Douleur thoracique</b>   | <input type="checkbox"/> Aiguë, répétitive, déjà vu à l'Urgence                         |                            | <b>C</b> : 10-28 jours   |                        |
|   | <input type="checkbox"/> Récurrente, non évaluée  |                            | <b>D</b> : < 3 mois  |                        |
| <b>Hémoptysie</b>   | <b>IMPORTANTE, RÉPÉTITIVE</b>   |                            | <b>DIRIGER VERS L'URGENCE</b>                                    |                        |
|   | <input type="checkbox"/> Légère, fréquente  |                            | <b>C</b> : 10-28 jours   |                        |
|   | <input type="checkbox"/> Un seul épisode ou peu fréquent                                |                            | <b>D</b> : < 3 mois  |                        |
| <b>Masse thoracique, nodule</b><br>** (Envoyer CD immédiatement)                                      | <input type="checkbox"/> Masse thoracique, masse médiastinale                           |                            | <b>A</b> : 0-3 jours   |                        |
|   | <input type="checkbox"/> Nodule pulmonaire  |                            | <b>D</b> : < 3 mois  |                        |
| <b>Malformation thoracique</b>  | <input type="checkbox"/> Scoliose, pectus, autre malformation                           |                            | <b>D</b> : < 3 mois  |                        |
| <b>Maladie neuromusculaire suspectée, connue</b>  |   |                            | <b>Age &lt; 1 an</b>   | <b>Age &gt; 1 an</b>   |
|   | <input type="checkbox"/> Hypotonie, difficultés respiratoires                           |                            | <b>C</b> : 10-28 jours   | <b>D</b> : < 3 mois    |
| <b>Tuberculose</b><br>* (CD des radiographies obligatoire)  | <input type="checkbox"/> Suspicion de TB active, suivi traitement                       |                            | <b>B</b> : 3-10 jours  |                        |
|   | <input type="checkbox"/> Tuberculose latente (PPD positif)                              |                            | <b>D</b> : < 3 mois  |                        |

**Autres raisons de consultation en médecine respiratoire :**

\*Priorité selon Md référent

Renseignements complémentaires pertinents, si nécessaires :

Signature du médecin : \_\_\_\_\_ No permis: \_\_\_\_\_

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

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

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