



DT9425

## CONSULTATION EN IMMUNO-ALLERGIE ADULTE ET PÉDIATRIQUE

Attention : Consulter les alertes cliniques au verso et favoriser les protocoles de l'Accueil clinique (si disponibles) avant de remplir ce formulaire.

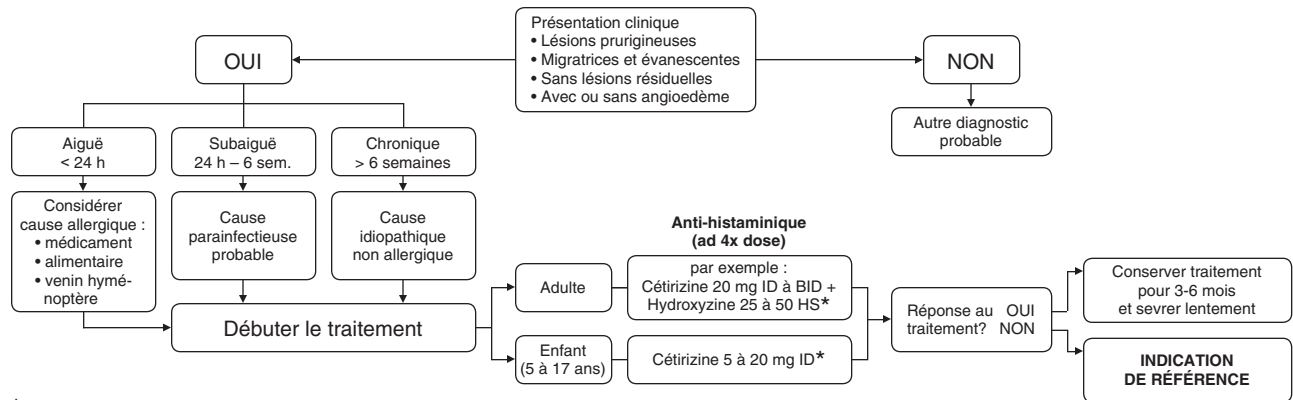
Nom et prénom de l'utilisateur			
N° d'assurance maladie		Année	Mois
		Expiration	
Nom et prénom du parent			
Ind. rég.	N° téléphone	Ind. rég.	N° téléphone (autre)
Adresse			
Code postal			

Raison de consultation		Échelle de priorité clinique : A : ≤ 3 jrs B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois						
Respiratoire	Rhinite/sinusite à répétition	<input type="checkbox"/> Évaluation et opinion thérapeutique	E	Urticaire <sup>2</sup> Angioedème <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> Urticaire <sup>2</sup> chronique > 6 semaines (avec ou sans angioedème) non contrôlée avec 4 fois la dose d'antihistaminique de 2 <sup>e</sup> génération	D		
		<input type="checkbox"/> Dépistage d'allergie	E					
		<input type="checkbox"/> Évaluation pour désensibilisation	E					
	Asthme	<input type="checkbox"/> Évaluation et opinion thérapeutique	E			Pour l'urticaire aiguë : se référer au tableau <sup>2</sup> au verso ou autre section du formulaire		
		<input type="checkbox"/> Dépistage d'allergie	E					
		<input type="checkbox"/> Évaluation pour désensibilisation	E			<input type="checkbox"/> Angioedème <sup>2</sup> isolé malgré l'arrêt de l'IECA <sup>3</sup> ≥ 2 épisodes	D	
Alimentaire	Allergies alimentaires <sup>1</sup> (spécifier l'aliment(s) suspecté(s)) *Prescrire l'auto-injecteur d'épinéphrine	Âge < 2 ans	<input type="checkbox"/> ≥ 2 aliments	D	Immuno-déficience	Déficit immunologique suspecté <sup>4</sup> (Prérequis : FSC, IgG, IgA, IgM)	<input type="checkbox"/> Si IgG anormal	D
			<input type="checkbox"/> 1 seul aliment	E			<input type="checkbox"/> Si IgG normal	E
		<input type="checkbox"/> Âge ≥ 2 ans		E				
Anaphylaxie	Anaphylaxie <sup>1</sup> de cause inexplicite *Prescrire l'auto-injecteur d'épinéphrine Critères diagnostiques d'anaphylaxie : ≥ 2 systèmes atteints (spécifier) : • Système cutané incluant angioedème • Système respiratoire • Système gastrointestinal • Système cardiovasculaire	≥ 2 épisodes dans la dernière année		C	Médicament	(Prérequis : spécifier le(s) médicament(s) et la réaction dans la section renseignements cliniques)	<input type="checkbox"/> Pénicilline <sup>5</sup>	E
			<input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> épisode	D			<input type="checkbox"/> Autre médicament <sup>5</sup>	E
							<input type="checkbox"/> Médication essentielle <sup>5</sup> sans alternative ET besoin de prescrire dans un court délai (préciser)	C
	Anaphylaxie <sup>1</sup> de cause identifiée, se référer aux autres sections du formulaire							
	<input type="checkbox"/> Allergies aux insectes avec réactions systémiques *Prescrire l'auto-injecteur d'épinéphrine			D	Vaccin	Allergie à un vaccin : Remplir le formulaire « Déclaration de manifestations cliniques après une vaccination » <sup>6</sup> et l'acheminer à la Direction de la santé publique. <b>Ne pas référer au CRDS.</b>		
<input type="checkbox"/> Autre raison de consultation non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique (justification OBLIGATOIRE dans la section suivante) :								Priorité clinique
Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires						Si prérequis exigé(s) :		
						<input type="checkbox"/> Disponible(s) dans DSQ		
						<input type="checkbox"/> Annexé(s) à la présente demande		
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								

## Légende

<sup>1</sup> Veuillez noter qu'il y a une période réfractaire possible de 6 semaines pour la validité des tests (faux négatif) post réaction anaphylactique

<sup>2</sup> Traitement de l'urticaire et de l'angioedème (voir tableau ci-dessous)



\* La corticothérapie systémique n'est pas un Tx de 1<sup>re</sup> intention de l'urticaire

<sup>3</sup> IECA : Inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine

<sup>4</sup> Déficit immunitaire suspecté : [http://allerg.qc.ca/Information\\_allergique/p4a\\_immunodeficiency.html](http://allerg.qc.ca/Information_allergique/p4a_immunodeficiency.html)

<sup>5</sup> En cas d'une nouvelle réaction médicamenteuse, remplir le formulaire AH-707 (Déclaration d'une nouvelle réaction d'allergie médicamenteuse)

<sup>6</sup> Lien pour formulaire de déclaration : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/piq/chap7\\_mci-formulaire-generique.doc](http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/piq/chap7_mci-formulaire-generique.doc)

### Alertes cliniques (liste non exhaustive)

#### Diriger l'usager vers l'urgence

- Anaphylaxie aiguë
- Exacerbation d'asthme aiguë sévère ou sans réponse à la corticothérapie orale depuis 24 h