



DT9429

## CONSULTATION EN NEUROCHIRURGIE ADULTE

**Attention :**

- 1- Pour les alertes cliniques et les priorités A et B (voir verso), communiquer directement avec le neurochirurgien de garde.
- 2- Aviser l'usager d'apporter une copie CD-ROM des imageries pour le rendez-vous avec le spécialiste.
- 3- Cocher la raison de consultation et compléter la section Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires.
- 4- Joindre les autres rapports d'investigation pertinents si disponibles.

Nom et prénom de l'usager			
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 : B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois <small>Pour les consultations de priorité A (≤ 3 jrs), ne pas les transmettre au CRDS ; utiliser les corridors suivants : spécialiste de garde, accueil clinique, etc.</small>					
Rachis cervico-dorsal	<input type="checkbox"/> Myélopathie compressive avec symptômes > 8 semaines <i>(Prérequis : rapport d'IRM &lt; 12 mois et autres rapports d'investigation)</i>	<b>C</b>	Tumeur	<input type="checkbox"/> Tumeurs intracrâniennes extracérébrales : méningiome, neurinome, schwannome, tumeur hypophysaire, base ou voûte du crâne <i>(Prérequis : rapport d'IRM ou TDM et autres rapports d'investigation)</i>	<input type="checkbox"/> Avec symptôme neurologique progressif	<b>C</b>	
	<input type="checkbox"/> Radiculopathie douloureuse ou sensitivo-motrice <i>(Prérequis : rapport d'IRM &lt; 12 mois et autres rapports d'investigation)</i> <i>(ex: hernie discale cervicale)</i>	<input type="checkbox"/> Avec symptômes sévères et limitation fonctionnelle (AVD/AVQ) > 8 semaines		<b>D</b>	<input type="checkbox"/> Sans symptôme neurologique progressif	<b>D</b>	
	<input type="checkbox"/> Cervicalgie/dorsalgie avec instabilité anatomique, démontrée à l'imagerie, sans atteinte médullaire ou radiculaire <i>(Prérequis : rapport d'imagerie et autres rapports d'investigation si disponible)</i>	<input type="checkbox"/> Avec symptômes modérés chroniques > 8 semaines		<b>E</b>	Vasculaire	<input type="checkbox"/> Anévrisme cérébral, malformation artério-veineuse, fistuleurale, angiome caverneux (sans hémorragie) <i>(Prérequis : rapport d'IRM ou TDM et autres rapports d'investigation)</i>	<b>D</b>
				<b>D</b>		<input type="checkbox"/> Sténose carotidienne asymptomatique (≥ 70 %) <i>(Prérequis : rapport d'imagerie et autres rapports d'investigation)</i>	<b>D</b>
Rachis lombo sacré	<input type="checkbox"/> Radiculopathie douloureuse ou sensitivo-motrice ou claudication neurogénique <i>(Prérequis : rapport d'IRM &lt; 12 mois et autres rapports d'investigation)</i> <i>Échec physiothérapie x 8 semaines et médication</i>	<input type="checkbox"/> Avec symptômes sévères et limitation fonctionnelle (AVD/AVQ) > 8 semaines	<b>D</b>	Fonctionnel	<input type="checkbox"/> Névralgie cranio-faciale (ex. : trijumeau) réfractaire au traitement médical <i>(Prérequis : rapport d'IRM et autres rapports d'investigation)</i>	<b>D</b>	
	<input type="checkbox"/> Lombalgie isolée sans atteinte radiculaire avec anomalie structurelle (scoliose, spondylolyse, spondylolisthésis, sténose spinale, sténose foraminale) <i>(Prérequis : rapport d'IRM &lt; 12 mois et autres rapports d'investigation)</i>	<input type="checkbox"/> Avec symptômes modérés chroniques > 8 semaines	<b>E</b>		<input type="checkbox"/> Neuromodulation pour syndrome douloureux chronique ou pour spasticité <i>(Prérequis : rapports d'investigation)</i>	<b>E</b>	
Nerfs périphériques	<input type="checkbox"/> Neuropathie compressive (ex. : tunnel carpien ou canal cubital) <i>(Prérequis : EMG &lt; 1 an et autres rapports d'investigation)</i>	<input type="checkbox"/> Avec atteinte motrice	<b>D</b>	Crânien divers	<input type="checkbox"/> Hydrocéphalie chronique ou à pression normale <i>(Prérequis : rapport d'imagerie et autres rapports d'investigation)</i>	<b>D</b>	
	<input type="checkbox"/> Tumeur d'un nerf périphérique <i>(Prérequis : IRM ou échographie &lt; 12 mois)</i>	<input type="checkbox"/> Sans atteinte motrice	<b>E</b>		<input type="checkbox"/> Kyste intracrânien (ex. : arachnoïdien, glande pinéale) <i>(Prérequis : rapport d'IRM ou TDM et autres rapports d'investigation)</i>	<b>E</b>	
			<b>D</b>		<input type="checkbox"/> Lésion osseuse crânienne d'aspect bénin (ex. : kyste, malformation osseuse) <i>(Prérequis : rapport d'IRM ou TDM et autres rapports d'investigation)</i>	<b>E</b>	
					<input type="checkbox"/> Malformation de Chiari type 1 : Symptomatique <sup>1</sup> ou avec Syrinx	<b>D</b>	
<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		
<b>Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires</b>					<b>Si prérequis exigé(s) :</b>		
					<input type="checkbox"/> Disponible(s) dans DSQ		
					<input type="checkbox"/> Annexé(s) à la présente demande		
<b>Besoins spéciaux :</b>							
<b>Identification du médecin référent et du point de service</b>					<b>Estampe</b>		
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)			
<b>Médecin de famille :</b> <input type="checkbox"/> Idem au médecin référent <input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille					<b>Référence nominative (si requis)</b>		
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							

## Alertes cliniques et raisons de consultation de priorité A ou B (liste non exhaustive)

### Communiquer avec le neurochirurgien de garde

- Hémorragie intracrânienne
- Syndrome d'hypertension intracrânienne avec ou sans altération de l'état de conscience
- Apparition soudaine ou rapidement progressive d'un déficit neurologique (localisation cérébrale, médullaire ou queue de cheval ou radiculopathie aiguë avec déficit moteur significatif)
- Myélopathie aiguë ou subaiguë (compression médullaire) avec évolution rapide des symptômes
- Sténose carotidienne symptomatique
- Traumatisme cranio-cérébral (TCC) ou spino-médullaire aigu modéré et sévère
- Fracture du crâne ou du rachis
- Tumeurs cérébrales intraparenchymateuses : métastases, gliomes ou autres
- Tumeurs du rachis intra-durales ou extra-durales (primaires ou métastatiques)

### Légende

<sup>1</sup> Les symptômes associés à la malformation de Chiari type 1 sont les suivants : Céphalée occipito-cervicale à l'effort, trouble de déglutition, apnée du sommeil. La présence d'au moins un de ces symptômes est requise.