



DT9209

CONSULTATION EN ORL ADULTE ET ENFANT

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				
Otologie	<input type="checkbox"/> Surdité <input type="checkbox"/> Avec retard de langage chez l'enfant <input type="checkbox"/> �valuation surdité chronique <i>(Souhaitable : audiogramme)</i>	D	Autres	<input type="checkbox"/> Hypertrophie adéno-amygdalienne	<input type="checkbox"/> Avec suspicion d'apnée du sommeil depuis > 3 mois	D
	<input type="checkbox"/> Otites � répétition ou sérieuse persistante (depuis + 3 mois)	D		<input type="checkbox"/> Sans suspicion d'apnée du sommeil	E	
	<input type="checkbox"/> Acouphène incommodant depuis plus de 6 mois <i>(Souhaitable : audiogramme)</i>	E		<input type="checkbox"/> Amygdalites � répétition	E	
	Vertiges <input type="checkbox"/> Sévères, anormalement incapacitants avec examen neurologique normal <input type="checkbox"/> R�cidivants ou dont l'évolution sur plusieurs semaines est non favorable	C		<input type="checkbox"/> Nodule thyroïdien <i>(Prérequis : Prescrire TSH et écho)</i>	D	
<input type="checkbox"/> Paralyse faciale périphérique unilatérale ► <i>Débuter stéroïdes oraux et antiviraux¹</i>	C	Changement de la voix <input type="checkbox"/> D'apparition récente, constant, et d'une durée > 4 semaines <input type="checkbox"/> Chronique ou intermittente		C		
<input type="checkbox"/> �pistaxis récidivante et chronique	D	<input type="checkbox"/> Chronique ou intermittente		D		
<input type="checkbox"/> Fracture nasale déplacée ► <i>Si hématome septal : voir L�gende²</i> ► <i>RX nasal non recommandé</i>	B	Masse cervicale <input type="checkbox"/> Suspecte de néoplasie maligne (Facteurs de risques : alcool, tabac, apparition récente ou croissance rapide) <input type="checkbox"/> Sans suspicion de critère de néoplasie maligne		B		
<input type="checkbox"/> Rhinosinusites chroniques ou sinusites � répétition (+ de 3 par année)	E	Lésion buccale <input type="checkbox"/> Suspecte de néoplasie maligne <input type="checkbox"/> Bénigne		B		
<input type="checkbox"/> Rhinite chronique/obstruction nasale chronique/déviation septale	E	<input type="checkbox"/> Lésion cutanée de la tête ou du cou suspecte de néoplasie maligne non mélanocytaire		D		

<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
---	-------------------

Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires	Si prérequis exigé(s) :
	<input type="checkbox"/> Disponible(s) dans DSQ <input type="checkbox"/> Annexé(s) � la présente demande <input type="checkbox"/> Prescrit(s)

Besoins spéciaux : Identification du médecin r�f�rent et du point de service		Estampe
Nom du médecin r�f�rent _____ N� de permis _____ Ind. r�g. N� de téléphone _____ N� de poste _____ Ind. r�g. N� de télécopieur _____ Nom du point de service _____		
Signature _____ Date (année, mois, jour) _____		
Médecin de famille : <input type="checkbox"/> Idem au médecin r�f�rent <input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille		
Nom du médecin de famille _____ Nom du point de service _____		Référence nominative (si requis) Si vous désirez une référence à un médecin ou à un point de service en particulier

Légende

¹ **Pour les usagers de 16 ans ou plus présentant une paralysie faciale idiopathique depuis moins de 72 heures et sans contre-indication au traitement :**

Une corticothérapie orale est fortement recommandée. Un traitement de 50 mg de prednisone po die pour 10 jours constitue une thérapie valable. La prescription concomitante d'antiviraux demeure à la discrétion du clinicien. Cependant, la prescription d'antiviraux sans corticothérapie est déconseillée. Il est aussi recommandé de prescrire un lubrifiant oculaire de même que des larmes artificielle ainsi qu'une protection oculaire nocturne au besoin. (American Academy of Otolaryngology Head and Neck Surgery).

² Si l'usager présente une fracture nasale avec un hématome septal, diriger l'usager vers l'urgence.

Alertes cliniques (liste non exhaustive)

Communiquer avec l'ORL de garde

- Épistaxis majeure non contrôlée
- Fracture du nez avec **hématome septal**² (diriger vers l'urgence)
- Abscess péri-amygdalien
- Otite externe avec sténose complète du conduit auditif externe ou cellulite