



CONSULTATION EN NEUROLOGIE ADULTE

**CRV**

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

Raison de consultation		Échelle de priorité clinique : A : ≤3 jrs B : ≤10 jrs C : ≤28 jrs D : ≤3 mois E : ≤12 mois			
Vasculaire (AIT)	<input type="checkbox"/> Symptômes neurologiques focaux transitoires suggestifs d'AIT (ICT) se présentant après > 14 jours	C	Troubles du mouvement	<input type="checkbox"/> Suspicion de parkinsonisme <input type="checkbox"/> Avec chutes Tremblement : <input type="checkbox"/> Tête <input type="checkbox"/> MS (bilat.)	D C D E
	<input type="checkbox"/> Symptômes neurologiques focaux transitoires excluant une parésie unilatérale et un trouble de la parole se présentant entre 48 heures et 14 jours	C		<input type="checkbox"/> Autres troubles mouvements (Prérequis : préciser type de troubles)	E
TNC	<input type="checkbox"/> Trouble neurocognitif majeur (TNC) (seront vus en neuro les usagers avec symptômes atypiques ou progression rapide ou moins de 65 ans avec une justification dans la section « Impr. diagn. ») (Prérequis : résultat MMSE : _____ ou MOCA : _____ et joindre rapport) (Souhaitables : bilan sanguin incluant B12, TSH, VDRL et imagerie cérébrale)	D	Épilepsie	<input type="checkbox"/> Convulsion de novo Épilepsie connue sans neurologue traitant : <input type="checkbox"/> Contrôlée/demande de réévaluation <input type="checkbox"/> Non contrôlée <input type="checkbox"/> Perte de conscience inexplicée	B E C D
Neuromusculaire	Consultation pour trouble neuromusculaire avec considération EMG :	E D C E C D E		SEP ou suspicion	<input type="checkbox"/> Suspicion clinique de SEP excluant trouvaille fortuite d'anomalies à l'IRM (Prérequis : préciser symptômes, anomalies neuro et impact fonctionnel dans section « Impr. diagn. »)
	<input type="checkbox"/> Tunnel carpien <input type="checkbox"/> Avec impact fonctionnel au travail <input type="checkbox"/> Maladie neuromusculaire avec atrophie, fasciculation, ↑CK ou suspicion myasthénie <input type="checkbox"/> Polyneuropathie		Diagnostic confirmé (sans neurologue traitant) :		B D E
	Radiculopathie avec déficit neuro (moteur ou sensitif) ou mononévrite isolée :		<input type="checkbox"/> Poussée active (préciser) <input type="checkbox"/> Poussée récente (préciser) <input type="checkbox"/> Maladie stable (préciser)		
<input type="checkbox"/> Incapacité fonctionnelle sévère : (impact majeur pr AVD et AVQ et symptomatologie présente ≥ 3 sem. et réfractaire au tx conservateur)			Céphalée	<input type="checkbox"/> Migraine (Prérequis : échec au tx abortif (Triptan) et 2 tx prophylactiques, histoire tx tentés (agent, dose, efficacité et durée) (Souhaitable : raison de l'échec dans section « Impr. diagn. »)	D
<input type="checkbox"/> Incapacité fonctionnelle modérée (ex. : impact sur sommeil, travail, loisirs)				<input type="checkbox"/> Suspicion céphalée de Horton (Cluster) (Prérequis : justifier manif. autonomiques)	C
<input type="checkbox"/> Incapacité fonctionnelle légère et persistante				<input type="checkbox"/> Névralgie du trijumeau (Prérequis : décrire dir paroxystique, territoire, zone gâchette, etc.) (Souhaitable : tentative tx à la Carbamazépine)	C
				<input type="checkbox"/> Autre type de céphalées primaires (Prérequis : justifier dx suspecté)	E
<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					
Nom du médecin référent			N° de permis		Étampe
Ind. Rég.	N° de téléphone	N° de poste	Ind. Rég.	N° de télécopieur	
Nom du point de service					
Signature			Date (années, 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					

## Alertes cliniques (liste non exhaustive)

### Diriger ou garder l'utilisateur à l'hôpital (urgence ou hospitalisation)

- Symptômes neurologiques transitoires soient : hypoesthésie latéralisée, cécité monoculaire, hémianopsie, dysmétrie ou vertige avec autres signes neurologiques et **excluant** un trouble moteur ou un trouble de la parole depuis **≤ 48 heures**  
**Utiliser le formulaire de l'Accueil clinique si disponible dans la région**
- Parésie unilatérale et/ou un trouble de la parole transitoire ou fluctuante se présentant entre **48 heures et 14 jours**  
**Utiliser le formulaire de l'Accueil clinique si disponible dans la région**
- Suspicion d'un IAT/AVC avec parésie unilatérale et/ou trouble de la parole persistant, fluctuant ou transitoire depuis < 48 heures
- Céphalée à début subit ou qui s'accompagne d'indice d'alarme (température, déficit neurologique, altération du sensorium, papilloedème, suspicion d'artérite temporale, etc.)
- Altération de l'état de conscience ou état confusionnel aigu
- Status épileptique ou crises convulsives à répétition
- Suspicion d'une atteinte médullaire rapidement progressive
- Suspicion d'un syndrome de Guillain-Barré

### Liste de diagnostics pour lesquels une consultation en neurologie n'est pas indiquée ou pour lesquels il existe des ressources spécialisée régionales :

- TDAH
- Vertiges isolés (diriger en ORL)
- Lombalgie et cervicale isolées (sans signe ou symptômes de radiculopathie)
- TCC et syndrome post-commotionnel
- Trouble du sommeil