



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.

CRV

Raison de consultation Échelle de priorité clinique : A : ≤3 jrs B : ≤10 jrs C : ≤28 jrs D : ≤3 mois E : ≤12 mois

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"/> Otites � répétition ou séreuse persistante (depuis + 3 mois)	D	
	<input type="checkbox"/> Acouphène incommodant depuis plus de 6 mois <i>(Souhaitable : audiogramme)</i>	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"/> Paralysie faciale périphérique unilatérale > Débuter stéroïdes oraux et antiviraux ¹	C	
Rhinosinusologie	<input type="checkbox"/> �pistaxis récidivante et chronique	D	Autres
	<input type="checkbox"/> Fracture nasale déplacée > Si hématome septal : voir Légende ² > RX nasal non recommandé	B	
	<input type="checkbox"/> Rhinosinusites chroniques ou sinusites � répétition (+ de 3 par année)	E	
	<input type="checkbox"/> Rhinite chronique/obstruction nasale chronique/déviation septale	E	
	<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>) :		

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 dans DSP <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

Nom du médecin r�f�rent			N� de permis		�tampe
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 : Idem au médecin r f rent 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 :

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 artificielles 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
- Surdité subite neuro sensorielle – exclure impaction cérumen, otite moyenne avec effusion et tout autre cause de surdité de conduction)