



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.

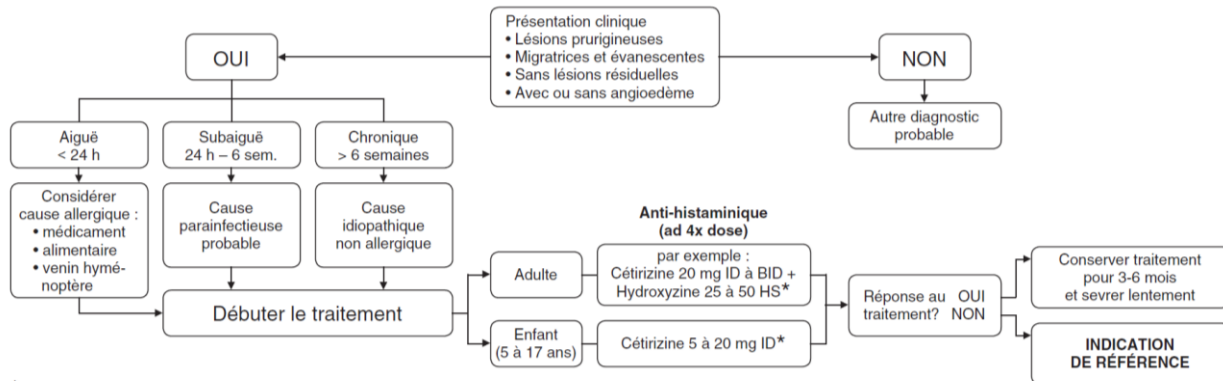
**CRV**

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 <input type="checkbox"/> Dépistage d'allergie <input type="checkbox"/> Évaluation pour désensibilisation <b>SVP, informer les patients qu'ils pourraient être dirigés vers les bureaux des allergologues pour être évalués plus rapidement</b>	E	Urticaire / Angioedème <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> Urticaire <sup>2</sup> chronique > 6 semaines non contrôlée avec antihistaminique (4x la dose) Pour l'urticaire: se référer à l'algorithme <sup>2</sup> au verso pour débiter la prise en charge. <b>Les patients pourraient être dirigés vers les bureaux des allergologues pour être évalués plus rapidement.</b>	D			
	Asthme				<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 ≥ 2 aliments	D	Immuno-déficience	<input type="checkbox"/> Déficit immunologique suspecté <sup>4</sup> (Prérequis : FSC, IgG, IgA, IgM)	<input type="checkbox"/> Si IgG anormal	D		
		<b>Les patients pourraient être dirigés vers les bureaux des allergologues</b>	E			<input type="checkbox"/> Si IgG normal	E		
Anaphylaxie	Anaphylaxie <sup>1</sup> de cause inexplicée *Prescrire l'auto-injecteur d'épinéphrine. Critères diagnostiques d'anaphylaxie : ≥ 2 systèmes atteints (spécifier) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Système cutané incluant angioedème</li> <li>• Système respiratoire</li> <li>• Système gastrointestinal</li> <li>• Système cardiovasculaire</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ≥ 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		
	Anaphylaxie <sup>1</sup> de cause identifiée, se référer aux autres sections du formulaire						<input type="checkbox"/> Médication essentielle <sup>5</sup> sans alternative ET besoin de prescrire dans un court délai (préciser)	C	
	<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.				
<input type="checkbox"/> Autre raison de consultation non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique (Justification OBLIGATOIRE ci-dessous) :						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			
Besoins spéciaux :									
<b>Identification du médecin référent et du point de service</b>						Étampe			
Nom du médecin référent				N° de permis					
Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste		Ind. rég.	N° de télécopieur			N° de poste	
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									

## 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 ou garder l'usager à l'hôpital (urgence ou hospitalisation)

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