



CONSULTATION EN PNEUMOLOGIE ADULTE

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

Suspicion de néoplasie	Utiliser formulaire de l'Accueil clinique si disponible	<input type="checkbox"/> Hémoptysie persistante	B	Infection respiratoire / toux	<input type="checkbox"/> Infiltrat persistant ou lentement résolutif (>1 mois) à la radiographie pulmonaire malgré traitement	C	
		Nodule ou lésion suspecte sans néolasie connue (Prérequis : rapport TDM)	<input type="checkbox"/> > 15 mm		B	<input type="checkbox"/> Bronchiectasies symptomatiques	D
			<input type="checkbox"/> 8 - 15 mm		C	<input type="checkbox"/> Toux chronique (> 8 semaines) avec radiographie pulmonaire normale	E
		<input type="checkbox"/> Épanchement pleural nouveau, unilatéral et symptomatique	B	Apnée	Apnée obstructive du sommeil suspectée ou traitée ET hypersomnolence diurne sévère OU EPWORTH ¹ ≥ 15 OU Index désaturation (IDO) ≥ 30/h	<input type="checkbox"/> AVEC métier à risques (Prérequis : justifier)	C
<input type="checkbox"/> Micronodule < 8 mm évolutif à la TDM de suivi	D	<input type="checkbox"/> SANS métier à risque	D				
<input type="checkbox"/> Adénopathie médiastinale ou hilare > 1 cm	C	<input type="checkbox"/> Apnée du sommeil suspectée ou réévaluation de traitement	E				
MPOC / Asthme	Exacerbation aigue avec échec du plan d'action (corticotherapie orale ou antibiotherapie) (Prérequis : détailler traitement)	<input type="checkbox"/> MPOC	B	Autres	<input type="checkbox"/> Dyspnée d'effort inexplicable (non cardiaque, sans anémie avec radiographie pulmonaire normale) (Prérequis : justifier dans la section renseignements cliniques)	E	
		<input type="checkbox"/> Asthme	B			<input type="checkbox"/> Maladies pulmonaires interstitielles (ex. : fibrose) (Prérequis : rapport TDM)	D
	MPOC/Asthme suspecte ou réponse inadéquate au traitement de base (Prérequis : spirométrie si disponible)	<input type="checkbox"/> MPOC	E				
		<input type="checkbox"/> Asthme	E				
<input type="checkbox"/> Réadaptation respiratoire	E						

Autre raison de consultation non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique (Justification OBLIGATOIRE ci-dessous) : 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 <input type="checkbox"/> Prescrit(s)
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Besoins spéciaux :

Identification du médecin référent et du point de service				Etampe		
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)	

Médecin de famille : Idem au médecin référent 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 Référent à l'échelle de somnolence d'EPWORTH :

<http://sommeil-mg.net/spip/questionnaires/Echelle%20D'Epworth.pdf>

Alertes cliniques (liste non exhaustive)

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

- **PNEUMONIE** : Tableau clinique de pneumonie avec signes de sévérité (désaturation < 90 %, confusion, hypotension, etc.) ou fièvre persistante (> 48 h) sous traitement antibiotique
- **MPOC** : Détérioration grave AVEC somnolence ou désaturation < 90 %
- **HÉMOPTYSIE IMPORTANTE** (100 ml ou +) ou répétée (20 ml à quelques reprises dans la même journée)
- **ASTHME** : Exacerbation d'asthme aiguë sévère ou sans réponse à la corticothérapie orale depuis 24 h
- **DYSPNÉE** : Au repos, rapidement progressive (< 1 semaine)
- **SUSPICION D'EMBOLIE PULMONAIRE**
- **ÉPANCHEMENT PLEURAL** significatif AVEC fièvre associée ou suspicion d'infection (empyème) ou désaturation < 90 %