

## Formulaire d'inscription au CRDS LLL Médecins visés par le déploiement de la phase 3

### IDENTIFICATION DU MÉDECIN SPÉCIALISTE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Numéro de permis : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

J'accepte de recevoir l'infolettre *Le CRDS LLL en bref* à ce courriel

### INFORMATION SUR VOTRE LIEU DE PRATIQUE EN CENTRE HOSPITALIER

Lieu principal de pratique en **CENTRE HOSPITALIER** :

Hôpital de Mont-Laurier

Centre de services de Rivière-Rouge

Hôpital Laurentien

Hôpital régional de Saint-Jérôme

Hôpital d'Argenteuil

Hôpital de Saint-Eustache

Centre hospitalier régional de Lanaudière

Hôpital Pierre Le-Gardeur

Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval

Autre : \_\_\_\_\_

Nom du service ou du département : \_\_\_\_\_

Détails sur le lieu où vous recevrez le patient (étage ou numéro du local) :

\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Avez-vous accès au DSQ?  Oui  Non

### INFORMATION SUR VOTRE LIEU DE PRATIQUE EN CABINET

Lieu de pratique en **CABINET** : \_\_\_\_\_

Adresse où vous recevrez le patient (incluant l'étage ou le numéro du local) :

\_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Avez-vous accès au DSQ en cabinet?  Oui  Non

(Suite – information sur votre lieu de pratique en cabinet)

**PERSONNE CONTACT EN CABINET**

Veillez indiquer le nom et le numéro de téléphone de la personne avec qui le CRDS LLL communiquera pour les rendez-vous en cabinet (agente administrative, secrétaire médicale, infirmière, etc.)

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

**AUTRE lieu de pratique, s'il y a lieu :**

**INFORMATION SUR LA PRATIQUE DU MÉDECIN**

**Cocher votre spécialité et compléter ensuite le tableau à la page indiquée :**

**Chirurgie plastique**  
Veillez compléter le tableau page 3

**Dermatologie**  
Veillez compléter le tableau page 4

**Endocrinologie**  
Veillez compléter le tableau page 5

**Gériatrie**  
Veillez compléter le tableau page 6

**Gynécologie**  
Veillez compléter le tableau page 7

**Immunologie clinique et allergie**  
Veillez compléter le tableau page 8

**Microbiologie médicale et infectiologie**  
Veillez compléter le tableau page 9

**Oncologie médicale**  
Veillez compléter le tableau page 10

**Pneumologie**  
Veillez compléter le tableau page 11

**Psychiatrie**  
Veillez compléter le tableau page 12

## CHAMPS DE PRATIQUE - CONDITIONS CLINIQUES PAR SPÉCIALITÉ

Conditions cliniques présentes sur le formulaire de demande de consultation en médecine spécialisée.  
Veuillez cocher les conditions cliniques correspondant aux services que vous offrez en centre hospitalier ou en cabinet **pour une première consultation.**

## CHIRURGIE PLASTIQUE ADULTE

	Conditions cliniques	En centre hospitalier	En cabinet
MAIN ET DOIGTS	Tunnel carpien qui ne répond pas au traitement médical après 2 mois (orthèse et infiltration)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Doigt gachet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kyste arthro-synovial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Maladie de Dupuytren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tendinite de De Quervain avec échec au traitement médical après 2 mois (orthèse et infiltration)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rhizarthrose invalidante avec échec au traitement médical (orthèse et infiltration)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fracture aiguë et non déplacée de la main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Doigt en Maillet (Mallet finger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Luxation réduite des doigts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CUTANÉ/TISSU MOU	Masse bénigne des tissus mous ( $\leq 5$ cm) (ex. : lipome, kystes sébacés, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Masse > 5 cm dont la bénignité a été démontrée par l'imagerie médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lésion cutanée maligne avec pathologie confirmée (ex. : basocellulaire, spinocellulaire, mélanome, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lésion cutanée bénigne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cicatrice vicieuse du visage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEINS	Réduction mammaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Asymétrie mammaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reconstruction mammaire post néoplasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gynécomastie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTRES	Fracture immobilisée non déplacée du carpe incluant scaphoïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Brûlures qui ne répondent pas aux critères des centres d'expertise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Toute autre demande formulée par le médecin référent qui sera inscrite dans la section «Autre» du formulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## CHAMPS DE PRATIQUE - CONDITIONS CLINIQUES PAR SPÉCIALITÉ

Conditions cliniques présentes sur le formulaire de demande de consultation en médecine spécialisée.  
Veuillez cocher les conditions cliniques correspondant aux services que vous offrez en centre hospitalier ou en cabinet **pour une première consultation.**

## DERMATOLOGIE ADULTE ET PÉDIATRIQUE

	Conditions cliniques	En centre hospitalier	En cabinet
Tumoral	Changement d'une lésion pigmentée au cours de la dernière année (mélanome fortement soupçonné)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lésion pigmentée irrégulière non évolutive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tumeur d'apparition très rapide (< 1 mois) et ≥ 1,5 cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tumeur suspecte de cancer (autre que mélanome) lentement évolutive (ex. : carcinomes : basocellulaire ou épidermoïde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kératoses actiniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	Désordre de pigmentation (ex. : vitiligo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lésions vasculaires de l'enfant (ex. : hémangiome) excluant angiome stellaire unique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inflammatoire/Infectieux	Lésions érythémato-squameuses (ex. : eczéma, psoriasis, tinea)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lésions vésiculo-bulleuses non infectieuses sans atteinte de l'état général (ex. : pemphigoïde bulleuse, pemphigus, dermatite de contact aiguë extensive)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Acné nodulo-kystique ou cicatricielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lésions acnéiformes ne répondant pas au traitement (ex. : acné, rosacée, folliculite, hidradénite)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Molluscum contagiosum > 20 lésions chez l'enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pathologie rebelle des ongles excluant les ongles incarnés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Toute autre demande formulée par le médecin référent qui sera inscrite dans la section «Autre» du formulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J'accepte la clientèle pédiatrique pour toutes ces raisons de consultation ou les raisons de consultation cochées

**CHAMPS DE PRATIQUE - CONDITIONS CLINIQUES PAR SPÉCIALITÉ**

Conditions cliniques présentes sur le formulaire de demande de consultation en médecine spécialisée.  
Veuillez cocher les conditions cliniques correspondant aux services que vous offrez en centre hospitalier ou en cabinet **pour une première consultation.**

**ENDOCRINOLOGIE ADULTE**

	Conditions cliniques	En centre hospitalier	En cabinet
Thyroïde	Hyperthyroïdie T4 libre (TSH ↓)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nodule thyroïdien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	Diabète de novo, type 1 soupçonné, sans acidose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diabète traité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gonades	Hirsutisme sans virilisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oligo/aménorrhée (ex. : syndrome ovaires polykystiques)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hypogonadisme chez l'homme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hypogonadisme désirant fertilité (homme et femme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gynécomastie d'apparition de moins de 6 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surrénales	Insuffisance surrénalienne de novo sans instabilité hémodynamique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hypercorticisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nodule surrénalien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Phosphocalcique/ os	Ostéoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hypercalcémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hypocalcémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypophyse	Masse hypophysaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hyperprolactinémie (dosage contrôlé 2 fois)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grossesse	Diabète, dysthyroïdie ou autre endocrinopathie en grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Évaluation pré-grossesse chez patiente diabétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Toute autre demande formulée par le médecin référent qui sera inscrite dans la section «Autre» du formulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## CHAMPS DE PRATIQUE - CONDITIONS CLINIQUES PAR SPÉCIALITÉ

Conditions cliniques présentes sur le formulaire de demande de consultation en médecine spécialisée.  
Veuillez cocher les conditions cliniques correspondant aux services que vous offrez en centre hospitalier ou en cabinet **pour une première consultation.**

## GÉRIATRIE

	Conditions cliniques	En centre hospitalier	En cabinet
Trouble neurocognitif	Trouble neurocognitif majeur atypique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Trouble neurocognitif majeur typique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	« Trouble du comportement » SCPD sans antécédent de maladies psychiatriques (réfractaire aux terme interventions de l'équipe SCPD de première ligne si disponible)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Chutes récurrentes non syncopales inexplicées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Maltraitance : situation d'abus, négligence, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Perte de poids inexplicée chez usager > 75 ans après investigation appropriée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Polypharmacie potentiellement néfaste/Déprescription	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Trouble de la marche et de l'équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Toute autre demande formulée par le médecin référent qui sera inscrite dans la section «Autre» du formulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## CHAMPS DE PRATIQUE - CONDITIONS CLINIQUES PAR SPÉCIALITÉ

Conditions cliniques présentes sur le formulaire de demande de consultation en médecine spécialisée.  
Veuillez cocher les conditions cliniques correspondant aux services que vous offrez en centre hospitalier ou en cabinet **pour une première consultation.**

## GYNÉCOLOGIE ADULTE

	Conditions cliniques	En centre hospitalier	En cabinet
Saignements utérins normaux (SUA)	Post-ménopausiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pré-ménopausiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibromes	Fibromes > 10 cm ou signes/symptômes compressifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fibromes asymptomatiques et Hb normale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masse annexielle	Post-ménopausique complexe ou simple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pré-ménopausique, masse persistante > 3 cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Avec ascite ou carcinomatose péritonéale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Néoplasie	Lésion vulvaire ou vaginale suspecte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Néoplasie de l'endomètre confirmée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polypes et épaississement de l'endomètre	Polypes de l'endomètre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Épaississement de l'endomètre > 11 mm post ménopausique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Polype du col avec cytologie normale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vulvo-vaginal	Pathologies vulvaires/vaginales bénignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vulvo-vaginites récidivantes et réfractaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dyspareunie ou vaginisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	Contraception complexe, ligature tubaire ou stérilet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Infertilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aménorrhée secondaire de > 6 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ménopause complexe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prolapsus génital symptomatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Endométriose suspectée ou douleur pelvienne chronique (> 6 mois)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Toute autre demande formulée par le médecin référent qui sera inscrite dans la section «Autre» du formulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## CHAMPS DE PRATIQUE - CONDITIONS CLINIQUES PAR SPÉCIALITÉ

Conditions cliniques présentes sur le formulaire de demande de consultation en médecine spécialisée.  
Veuillez cocher les conditions cliniques correspondant aux services que vous offrez en centre hospitalier ou en cabinet **pour une première consultation**.

## IMMUNO-ALLERGIE ADULTE ET PÉDIATRIQUE

	Conditions cliniques	En centre hospitalier	En cabinet
Respiratoire	Rhinite/ sinusite à répétition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentaires	Allergies alimentaires Âge < 2 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Allergies alimentaires Âge ≥ 2 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anaphylaxie	Anaphylaxie de cause inexpliquée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Allergies aux insectes avec réactions systémiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urticaire/ Angioedème	Urticaire chronique > 6 semaines (avec ou sans angioedème) non contrôlée avec 4 fois la dose d'antihistaminique de 2 <sup>e</sup> génération	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Angioedème isolé malgré l'arrêt de l'IECA3 ≥ 2 épisodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immuno-déficience	Déficit immunologique suspecté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicament	Pénicilline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Autre médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Médication essentielle sans alternative ET besoin de prescrire dans un court délai (préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	Toute autre demande formulée par le médecin référent qui sera inscrite dans la section «Autre» du formulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J'accepte la clientèle pédiatrique pour toutes ces raisons de consultation ou les raisons de consultation cochées



## CHAMPS DE PRATIQUE - CONDITIONS CLINIQUES PAR SPÉCIALITÉ

Conditions cliniques présentes sur le formulaire de demande de consultation en médecine spécialisée.  
Veuillez cocher les conditions cliniques correspondant aux services que vous offrez en centre hospitalier ou en cabinet **pour une première consultation.**

## MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE / MALADIES INFECTIEUSES ADULTE

	Conditions cliniques	En centre hospitalier	En cabinet
Usager non en infection aiguë	Gestion d'infections urinaires récurrentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gestion d'infections récurrentes à germes multi-résistants (ex. : SARM, ERV, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gestion d'infection dans un contexte de multiples allergies aux antibiotiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gestion d'infections à C. difficile récurrentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sérologie positive	VIH nouvellement diagnostiqué ou usager connu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hépatite B chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hépatite C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Syphilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Autres sérologies (ex. : toxo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTRES	Herpes simplex récurrent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Parasitose intestinale confirmée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Infection non sévère du pied diabétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Possibilité de maladie tropicale sans atteinte de l'état général (excluant la malaria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	TB latente suspectée (non active et non contagieuse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	FUO (fièvre d'origine indéterminée depuis > 14 jours et bilan infectieux de base négatif incluant hémocultures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Toute autre demande formulée par le médecin référent qui sera inscrite dans la section «Autre» du formulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### CHAMPS DE PRATIQUE - CONDITIONS CLINIQUES PAR SPÉCIALITÉ

Conditions cliniques présentes sur le formulaire de demande de consultation en médecine spécialisée.  
Veuillez cocher les conditions cliniques correspondant aux services que vous offrez en centre hospitalier ou en cabinet **pour une première consultation.**

#### **ONCOLOGIE MÉDICALE ADULTE**

Conditions cliniques	En centre hospitalier	En cabinet
Néoplasie de novo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suspicion de nouvelles métastases chez un usager avec une histoire de néoplasie antérieure sans suivi actif en oncologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situation clinique suspecte de néoplasie ou de métastases sans site primaire identifié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réévaluation du traitement en l'absence de suivi actif en oncologie (ex. : hormonothérapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toute autre demande formulée par le médecin référent qui sera inscrite dans la section «Autre» du formulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**CHAMPS DE PRATIQUE - CONDITIONS CLINIQUES PAR SPÉCIALITÉ**

Conditions cliniques présentes sur le formulaire de demande de consultation en médecine spécialisée.  
Veuillez cocher les conditions cliniques correspondant aux services que vous offrez en centre hospitalier ou en cabinet **pour une première consultation.**

**CONSULTATION EN PNEUMOLOGIE ADULTE**

	Conditions cliniques	En centre hospitalier	En cabinet
Suspicion de néoplasie	Hémoptysie persistante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nodule ou lésion suspecte sans néoplasie connue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Épanchement pleural nouveau, unilatéral et symptomatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Micronodule < 8 mm évolutif à la TDM de suivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Adénopathie médiastinale ou hilare > 1 cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MPOC/Asthme	Exacerbation aiguë avec échec du plan d'action (corticothérapie orale ou antibiothérapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	MPOC/Asthme suspecté ou réponse inadéquate au traitement de base	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Réadaptation respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection respiratoire/Toux	Infiltrat persistant ou lentement résolutif (> 1 mois) à la radiographie pulmonaire malgré traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bronchiectasies symptomatiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Toux chronique (> 8 semaines) avec radiographie pulmonaire normale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apnée	Apnée obstructive du sommeil suspectée ou traitée ET hypersomnolence diurne sévère OU EPWORTH ≥ 15 OU Index de désaturation (IDO) ≥ 30/h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Apnée du sommeil suspectée ou réévaluation de traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	Dyspnée d'effort inexpliquée (non cardiaque, sans anémie avec radiographie pulmonaire normale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Maladies pulmonaires interstitielles (ex. : fibrose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Toute autre demande formulée par le médecin référent qui sera inscrite dans la section «Autre» du formulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**CHAMPS DE PRATIQUE - CONDITIONS CLINIQUES PAR SPÉCIALITÉ**

Conditions cliniques présentes sur le formulaire de demande de consultation en médecine spécialisée.  
Veuillez cocher les conditions cliniques correspondant aux services que vous offrez en centre hospitalier ou en cabinet **pour une première consultation.**

**PSYCHIATRIE ADULTE**

Conditions cliniques	En centre hospitalier	En cabinet
Dépression récurrente ou réfractaire aux traitements à dose optimale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble anxieux réfractaire aux traitements à dose optimale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble de personnalité, réfractaire à une approche psychologique d'un intervenant de première ligne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de comportement ou de l'humeur associés à des troubles cognitifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Premier épisode psychotique ou de manie psychotique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychose ou manie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TDAH chez l'adulte réfractaire ou atypique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toxicomanie en comorbidité avec un trouble psychiatrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toute autre demande formulée par le médecin référent qui sera inscrite dans la section «Autre» du formulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**COMMENTAIRES**

Veillez inscrire toute information que vous jugez pertinente en lien avec cette demande d'inscription au CRDS LLL.

**VEUILLEZ ACHEMINER CE FORMULAIRE À L'ADRESSE SUIVANTE :**

**infocrdslll@ssss.gouv.qc.ca**  
**ou par télécopieur : 1 844 820-2737**

**Pour signifier vos disponibilités :**

- a. Pour les médecins spécialistes **en établissement**, veuillez communiquer régulièrement vos plages horaires de disponibilité à votre centrale de rendez-vous ou votre personne en charge de vos horaires, en spécifiant quelles plages horaires vous dédiez au CRDS LLL.

Les agentes administratives du CRDS LLL, qui ont accès à vos systèmes de rendez-vous, pourront ainsi fixer des rendez-vous dans les plages dédiées au CRDS LLL.

- b. Pour les médecins spécialistes **en cabinet**, vous devez communiquer vos disponibilités au CRDS LLL sous forme de capacité d'accueil, c'est-à-dire le nombre de demandes de consultation que nous pouvons vous attribuer à chaque semaine.

Les demandes de consultation seront acheminées à votre cabinet et la prise de rendez-vous sera assurée par votre équipe administrative ou par l'équipe du CRDS LLL, selon l'entente convenue avec le CRDS LLL.

\* Les médecins pratiquant en cabinet devront compléter le formulaire en ligne sur le site [www.crdslll.com](http://www.crdslll.com) pour communiquer leurs capacités d'accueil.

**ATTENTION** : Prévoir un délai de 5 jours ouvrables entre le moment de la transmission de votre formulaire d'inscription et la possibilité de compléter le formulaire de disponibilité en ligne.

**POUR TOUTE QUESTION,  
COMMUNIQUER AVEC LE CRDS LLL AU 1 844 975-5943.**