

## Formulaire d'inscription au CRDS LLL Médecins visés par le déploiement de la phase 2

### 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

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

Rév. : V.5-2022

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

Le lieu de pratique en cabinet est-il accessible pour les personnes à mobilité réduite?

Oui     Non

Précisions sur l'accessibilité : \_\_\_\_\_

**INFORMATION DE 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**

**Cochez votre spécialité et complétez ensuite le tableau à la page indiquée :**

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

**Chirurgie vasculaire**  
Veillez compléter le tableau page 4

**Hématologie et Néoplasie  
hématologique**  
Veillez compléter le tableau page 5

**Médecine interne**  
Veillez compléter le tableau page 6

**Neurochirurgie**  
Veillez compléter le tableau page 7

**Physiatrie**  
Veillez compléter le tableau page 8

**Rhumatologie**  
Veillez compléter le tableau page 9

## 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 GÉNÉRALE

	Conditions cliniques	En centre hospitalier	En cabinet
<b>DIGESTIF</b>	Colique biliaire (un ou plusieurs épisodes)		
	Diverticulite avec récurrences fréquentes prouvées au TDM de contrôle X 1		
	Pathologies anorectales		
	Saignement anorectal		
<b>HERNIES</b>	Ombilicale/épigastrique symptomatique		
	Inguinale symptomatique		
	Fémorale symptomatique ou asymptomatique		
	Incisionnelle symptomatique		
<b>PEAU</b>	Sinus pilonidal symptomatique		
	Kyste sébacé / tumeur bénigne avec interférence fonctionnelle		
	Ongle incarné		
<b>SEINS</b>	Investigation révélant un carcinome		
	Investigation révélant une anomalie autre		
	Toute autre demande formulée par le médecin référent qui sera inscrite dans la section "Autre" du formulaire		

## 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 VASCULAIRE

	Conditions cliniques	En centre hospitalier	En cabinet
<b>INSUFFISANCE ARTÉRIELLE PÉRIPHÉRIQUE</b>	MVAS chronique		
	Claudication intermittente		
<b>STÉNOSE CAROTIDIENNE</b>	ICT, AVC ou amaurose fugace avec sténose carotidienne de plus de 50% dont les derniers symptômes remontent à plus de 14 jours		
	Asymptomatique sévère + 70 %		
<b>INSUFFISANCE VEINEUSE</b>	Ulcère veineux avec échec au traitement médical ou récurrence (CEAP ≥ 4/6)		
	Varices avec reflux sévère de la saphène interne ou externe ou antérieur accessoire au Doppler		
<b>ANÉVRISME ASYMPTOMATIQUE</b>	Aorte abdominale		
	Aorte thoracique descendante		
	Artère iliaque		
	Artère poplitée		
	Viscéraux (artères rénales, splénique, mésentériques)		
	Anévrisme viscéral chez femme enceinte ou en âge de procréer		
	Toute autre demande formulée par le médecin référent qui sera inscrite dans la section "Autre" du formulaire		

## 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.**

## HÉMATOLOGIE ET NÉOPLASIE HÉMATOLOGIQUE ADULTE

	Conditions cliniques	En centre hospitalier	En cabinet
GLOBULES ROUGES	Pancytopénie ou bicytopenie		
	Anémie inexpiquée		
	Anémie ferriprive Hb < 100 g/L investiguée qui ne répond pas à 6 mois de thérapie orale		
	Polyglobulie		
GLOBULES BLANCS	Neutropénie		
	G.B. > 20 x 10 <sup>9</sup> /L avec myélémie		
	Neutrophilie inexpiquée de plus de 15 x 10 <sup>9</sup> /L		
	Lymphocytose		
	Éosinophilie supérieure à 1.5 contrôlée après 6 mois		
PLAQUETTES	Thrombopénie (20-49 x 10 <sup>9</sup> /L, 50-74 x 10 <sup>9</sup> /L 75-100 x 10 <sup>9</sup> /L contrôlée après 3 mois)		
	Thrombocytose (450-699 x 10 <sup>9</sup> /L, 700-999 x 10 <sup>9</sup> /L, ≥ 1000 x 10 <sup>9</sup> /L)		
HÉMOSTASE	Diathèse hémorragique		
	Thrombose récidivante ou site non usuel		
	Suspicion de thrombophilie		
SUSPICION DE NÉOPLASIE	Suspicion de lymphome (ex. : magma ganglionnaire significatif de taille > 5 cm ou symptôme B <sup>2</sup> )		
	Ganglions augmentés en nombre et en taille (exérèse chirurgicale suggérée si > 2 cm et soutenu > 3 mois)		
	Splénomégalie (Rate >15 cm )		
	Lymphome confirmé		
	Pic monoclonal		
AUTRES	Hémoglobinopathie prouvée		
	Ferritine augmentée avec HFE positif		
	Hématologie obstétricale		
	Toute autre demande formulée par le médecin référent qui sera inscrite dans la section "Autre" du formulaire		

**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.**

**MEDECINE INTERNE**

	Conditions cliniques	En centre hospitalier	En cabinet
<b>MÉDECINE INTERNE GÉNÉRALE</b>	Thrombose veineuse ou embolie pulmonaire traitée (Durée de traitement, récurrence et thrombophilie)		
	Maladie artérielle vasculaire (Carotidienne, claudication intermittente)		
	Maladie artérielle vasculaire avec doppler		
	Condition de grossesse (Évaluation pré-grossesse, HTA, diabète pré existant ou gestationnelle, dysthyroïde, thrombose veineuse, thrombocytopénie, collagénose)		
	Évaluation préopératoire ou pré intervention		
	Découverte radiologique (Nodule thyroïdien, pulmonaire, surrénalien, adénopathie, etc)		
	Anomalie de laboratoire (VS, CRP, CK, ANA, Transaminase, etc)		
	Autres conditions (Ex. perte de poids > 10%, œdème périphérique, fatigue, syncope, fièvre d'origine inconnue, urticaire-angioedème, diaphorèse nocturne, etc)		
	<b>Cardiologie</b> (FA, MCAS, dyspnée, insuffisance cardiaque, arythmie, palpitations, valvulopathie, etc.)		
	<b>Cardiologie avec tapis roulant</b>		
	<b>Endocrinologie</b> (diabète, dyslipidémie, dysthyroïdie, hypercalcémie, etc.)		
	<b>Gastroentérologie et hépatologie</b> (maladie inflammatoire, diarrhée, ascite, douleur abdominale, cirrhose, hémochromatose, etc.)		
	<b>Hématologie</b> (anémie, cytopénie, MGUS, etc.)		
	<b>Néphrologie</b> (HTA, protéinurie, insuffisance rénale, désordre électrolytique, etc.)		
	<b>Neurologie</b> (céphalée, AVC-ICT, paresthésie, vertige, etc.)		
	<b>Pneumologie</b> (dyspnée, toux, MPOC, apnée du sommeil, etc.)		
	<b>Rhumatologie</b> (arthrite inflammatoire, Raynaud, vasculite, PMR, ostéoporose, fibromyalgie, etc.)		

**CONDITIONS CLINIQUES VUES POUR :**

- Réévaluation du diagnostic ou du traitement chez usager stable
- Condition(s) à investiguer ou non contrôlée(s)
- Condition(s) instable(s)
- Condition(s) semi-urgente(s)

Veuillez compléter ce formulaire et le retourner par courriel ou par télécopieur  
(voir coordonnées à la page 10)

**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.**

**NEUROCHIRURGIE ADULTE**

	Conditions cliniques	En centre hospitalier	En cabinet
RACHIS CERVICO-DORSAL	Myélopathie compressive avec symptômes > 8 semaines		
	Radiculopathie douloureuse ou sensitivo-motrice		
	Cervicalgie/dorsalgie avec instabilité anatomique, démontrée à l'imagerie, sans atteinte médullaire ou radiculaire		
RACHIS LOMBO-SACRÉ	Radiculopathie douloureuse ou sensitivo-motrice ou claudication neurogénique		
	Lombalgie isolée sans atteinte radiculaire avec anomalie structurale (scoliose, spondylolyse, spondylolisthésis)		
NERFS PÉRIPHÉRIQUES	Neuropathie compressive (ex. : tunnel carpien ou canal cubital)		
	Tumeur d'un nerf périphérique		
TUMEUR	Tumeurs intracrâniennes extracérébrales : méningiome, neurinome, schwannome, tumeur hypophysaire, base ou voûte du crâne		
VASCULAIRE	Anévrisme cérébral, malformation artério-veineuse fistule durale, angiome caverneux (sans hémorragie)		
	Sténose carotidienne asymptomatique (≥ 70 %)		
FONCTIONNEL	Néuralgie cranio-faciale (ex. : trijumeau) réfractaire au traitement médical		
	Neuromodulation pour syndrome douloureux chronique ou pour spasticité		
CRÂNIER DIVERS	Hydrocéphalie chronique ou à pression normale		
	Kyste intracrânien (ex. : arachnoïdien, glande pinéale)		
	Lésion osseuse crânienne d'aspect bénin (ex. : kyste, malformation osseuse)		
	Malformation de Chiari type 1: Symptomatique ou avec Syrxinx		
	Toute autre demande formulée par le médecin référent qui sera inscrite dans la section "Autre" du formulaire		

**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**.

**PHYSIATRIE ADULTE / MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION**

Conditions cliniques	En centre hospitalier	En cabinet
Consultation pour atteinte locomotrice		
Membre supérieur (épaule, coude, poignet/main)		
Membre inférieur (hanche, genou, cheville/pied)		
Rachis (cervicalgie/cervicobrachialgie, dorsal, lombalgie/lombosciatalgie)		
Consultation pour système nerveux périphérique (mononévrite)		
Consultation pour infiltration vertébrale sous fluoroscopie		
Douleur radiculaire		
Douleur vertébrale		
Consultation pour échographie diagnostique ET/OU infiltration échoguidée		
Atteinte des tissus mous membre supérieur, membre inférieur		
Toute autre demande formulée par le médecin référent qui sera inscrite dans la section "Autre" du formulaire		



**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.**

**RHUMATOLOGIE**

Conditions cliniques		En centre hospitalier	En cabinet
Suspicion d'arthrite microcristalline			
Goutte récidivante malgré traitement standard ou goutte tophacée			
Arthrite avec suspicion de pseudogoutte ou hydroxyapatite			
Suspicion de polyarthrite chronique ≥ 4 semaines			
Avec synovites claires : Facteur rhumatoïde ou anti-CCP ou CRP ≥ 15			
Avec doute de synovites			
Spondylite ou sacroiliite			
Antécédent d'uvéïte ou de psoriasis ou de maladie inflammatoire intestinale ou d'ITSS récente ou d'une sacro-iliite à l'imagerie			
COLLAGÉNOSE OU VASCULITE	Polymyalgia rheumatica sans symptôme d'artérite temporale ≥ 50 ans		
	Myopathie inflammatoire, avec au moins 2 valeurs de CK ≥ à 1,5 fois la normale		
	Vasculite autre que l'artérite temporale sans atteinte sévère d'organe		
	Collagénose sans atteinte sévère d'organe de novo ou connue		
	Phénomène de Raynaud isolé		
MALADIE OSSEUSE	Ostéoporose secondaire ou échec thérapeutique		
	Maladie de Paget		
AUTRES	Fibromyalgie avec problématique diagnostique et non thérapeutique		
	Arthrose invalidante non-axiale avec échec au traitement		
	Toute autre demande formulée par le médecin référent qui sera inscrite dans la section "Autre" du formulaire		

**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 selon l'entente 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, option 1.**