

## 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

(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

**Hémato-oncologie** (n'inclut pas  
l'oncologie médicale)  
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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diverticulite avec récurrences fréquentes prouvées au TDM de contrôle X 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pathologies anorectales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>HERNIES</b>	Ombilicale/épigastrique symptomatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inguinale symptomatique ou fémorale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Incisionnelle symptomatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PEAU</b>	Sinus pilonidal symptomatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lipome ≥ 5 cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SEINS</b>	Investigation révélant un carcinome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Investigation révélant une anomalie autre	<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.**

#### CHIRURGIE VASCULAIRE

	Conditions cliniques	En centre hospitalier	En cabinet
INSUFFISANCE ARTERIELLE PERIPHERIQUE	MVAS chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Claudication intermittente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
STÉNOSE CAROTIDIENNE	Sténose carotidienne documentée sévère (> 70 %) asymptomatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LABORATOIRE VASCULAIRE	Doppler carotidien (examen et consultation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Étude vasculaire pour éliminer insuffisance artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Index tibio-huméral (ITH) avant prescription de bas support	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANÉVRISME ASYMPTOMATIQUE	Aorte abdominale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aorte thoracique descendante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Artère iliaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Artère poplitée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Viscéraux (artères rénales, splénique, mésentériques)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anévrisme viscéral chez femme enceinte ou en âge de procréer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INSUFFISANCE VEINEUSE	Ulcère veineux ou dermite de stase avec échec au traitement médical ou récurrence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Varices	<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"/>

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.**

**HÉMATO-ONCOLOGIE / HÉMATOLOGIE ADULTE**

	Conditions cliniques	En centre hospitalier	En cabinet
GLOBULES ROUGES	Anémie sévère non ferriprive Hb < 85 g/L (avec ou sans autre cytopénie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anémie inexplicée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Polyglobulie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GLOBULES BLANCS	Neutropénie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	G.B. > 20 x 10 <sup>9</sup> /L avec myélémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Neutrophilie contrôlée et inexplicée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lymphocytose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLAQUETTES	Plaquettes ( 20-49 x 10 <sup>9</sup> /L, 50-74 x 10 <sup>9</sup> /L 75-140 x 10 <sup>9</sup> /L contrôlée après 3 mois, 75-140 x 10 <sup>9</sup> /L contrôlée après 3 mois, 450-699 x 10 <sup>9</sup> /L contrôlée et inexplicée, 700-999 x 10 <sup>9</sup> /L, ≥ 1000 x 10 <sup>9</sup> /L)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HÉMOSTASE	Diathèse hémorragique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Thrombose récidivante ou site non usuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Suspicion de thrombophilie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SUSPICION DE NÉOPLASIE	Suspicion de lymphome (ex. : magma ganglionnaire significatif de taille > 5 cm ou symptôme B2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ganglions augmentés en nombre et en taille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Splénomégalie >15 cm sans cytopénie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lymphome confirmé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pic monoclonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTRES	Pancytopenie ou bicytopenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ferritine augmentée avec HFE positif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hématologie obstétricale	<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**.

**MEDECINE INTERNE**

	Conditions cliniques	En centre hospitalier	En cabinet
MÉDECINE VASCULAIRE	Thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Maladie artérielle vasculaire - Carotidienne asymptomatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Maladie artérielle vasculaire - Claudication intermittente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRÉ -OP	Évaluation préopératoire ou pré intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GROSSESSE	Évaluation pré grossesse ou grossesse en cours (conditions préalables : HTA, diabète, thrombose veineuse, collagénose, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dysthyroïdie pendant la grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hypertension pendant la grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Thrombocytopénie pendant la grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diabète gestationnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**OU 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)

Condition impliquée	En centre hospitalier	En cabinet
Douleur thoracique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dyspnée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte de poids > 10 %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oedème périphérique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MCAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibrillation auriculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Condition impliquée	En centre hospitalier	En cabinet
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dyslipidémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie hépatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrite inflammatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raynaud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collagénose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dysthyroïdie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Découverte radiologique (ex. : nodule thyroïdien pulmonaire, surrénalien, adénopathie, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anomalies de laboratoire (ex. : Transaminase, VS, CRP, ANA, etc.)	<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"/>
--	--------------------------	--------------------------

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Radiculopathie douloureuse ou sensitivo-motrice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cervicalgie/dorsalgie avec instabilité anatomique, démontrée à l'imagerie, sans atteinte médullaire ou radiculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RACHIS LOMBO-SACRÉ	Radiculopathie douloureuse ou sensitivo-motrice ou claudication neurogénique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lombalgie isolée sans atteinte radiculaire avec anomalie structurelle (scoliose, spondylolyse, spondylolisthésis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TUMEUR	Tumeurs extracérébrales : méningiome, neurinome, schwannome, tumeur hypophysaire, base ou voûte du crâne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VASCULAIRE	Anévrisme cérébral, malformation artério-veineuse fistule durale, angiome caveux (sans hémorragie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sténose carotidienne asymptomatique ( $\geq 70\%$ )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FONCTIONNEL	Néuralgie cranio-faciale (ex. : trijumeau) réfractaire au traitement médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Neuromodulation pour syndrome douloureux chronique ou pour spasticité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CRÂNIER DIVERS	Hydrocéphalie chronique ou à pression normale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kyste intracrânien (ex. : arachnoïdien, glande pinéale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lésion osseuse crânienne d'aspect bénin (ex. : kyste, malformation osseuse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NERFS PÉRIPHÉRIQUES	Neuropathie compressive (ex. : tunnel carpien ou canal cubital)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tumeur d'un nerf périphérique	<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**.

**PHYSIATRIE ADULTE / MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION**

Conditions cliniques	En centre hospitalier	En cabinet
Cervicalgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cervico-brachialgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dorso-lombalgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lombo-sciatalgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syndromes compressifs des nerfs périphériques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atteinte de l'épaule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atteinte du poignet ou de la main ou du coude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atteinte de la hanche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atteinte du genou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atteinte de la cheville ou du pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Motif(s) de consultation – Consultation en physiothérapie avec technique spécialisée	En centre hospitalier	En cabinet
Échographie diagnostique ou infiltration écho guidée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infiltration vertébrale sous fluoroscopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EMG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infiltration sous repère anatomique	<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.**

**RHUMATOLOGIE**

	Conditions cliniques	En centre hospitalier	En cabinet
ARTHROPATHIE INFLAMMATOIRE (EXCLUANT ARTHROSE)	Synovite(s) aiguë(s) < 6 sem. Monoarthrite ou oligoarthrite ou polyarthrite inexpliquée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Synovite(s) chronique(s) > 6 sem. Avec ou sans facteur rhumatoïde ou anti-CCP ou érosions radiologiques ou CRP augmentée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Spondylo- arthropathie inflammatoire Avec ou sans antécédent d'uvéite ou de psoriasis ou de Présence maladie inflammatoire intestinale ou d'ITSS récente ou d'une sacro-iliite à l'imagerie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COLLAGÉNOSE OU VASCULITE	Polymyalgia rheumatica <sup>2</sup> de novo ou rechute sans symptômes d'artérite temporale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Myopathie inflammatoire avec CK élevés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vasculite autre que l'artérite temporale sans atteinte sévère d'organe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Collagénose sans atteinte sévère d'organe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Phénomène de Raynaud isolé avec FAN $\geq 1/160$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MALADIE OSSEUSE	Ostéoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Maladie de Paget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTRES	Fibromyalgie avec problématique diagnostique et non thérapeutique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Arthrose invalidante non-axiale avec échec au traitement	<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 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.**