

Formulaire d'inscription au CRDS LLL  
Médecins visés par le déploiement de la phase 1

**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 :**

Phase 1

**Cardiologie**

Veillez compléter le tableau page 3

**ORL**

Veillez compléter le tableau page 8

**Gastro-entérologie**

Veillez compléter le tableau page 4

**Orthopédie**

Veillez compléter le tableau page 9

**Néphrologie**

Veillez compléter le tableau page 5

**Pédiatrie générale**

Veillez compléter le tableau page 10

**Neurologie**

Veillez compléter le tableau page 6

**Urologie**

Veillez compléter le tableau page 11

**Ophtalmologie**

Veillez compléter le tableau page 7

### 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.**

#### CARDIOLOGIE

Conditions cliniques	En centre hospitalier	En cabinet
Angine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DRS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suivi post infarctus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MCAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dyspnée d'effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dysfonction ventriculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suivi d'insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bradycardie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TSV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitations d'allure bénigne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syncope	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valvulopathie aortique ou mitrale sévère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffle cardiaque non investigué ou pathologie valvulaire non sévère	<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.**

**GASTROENTÉROLOGIE**

Conditions cliniques		En centre hospitalier	En cabinet
Dysphagie œsophagienne			
RGO sévère			
Dépistage du Barrett			
Dyspepsie sans RGO réfractaire ou persistante			
Perte de plus de 10% du poids causée par des symptômes digestifs			
Hématémèse ou méléna			
Anti-transglutaminase positif (non connu coeliaque)			
Douleur abdominale chronique			
Perturbations du bilan hépatique	ALT entre 201-500 AVEC atteinte des fonctions hépatiques		
	ALT entre 201-500 SANS atteinte des fonctions hépatiques		
	ALT entre 91-200		
	ALT entre 40-90		
	Stéatose hépatique		
	Cirrhose confirmée par imagerie		
	HbsAg positif		
AntiHCV positif			
Ictère avec bilirubine totale			
Diarrhée chronique			
Anomalie à l'imagerie non suspecte au pancréas ou au foie			
Kyste pancréatique de type TIPMT des canaux secondaires			
Haute suspicion de cancer digestif basée sur l'imagerie			
Toute autre demande formulée par le médecin référent qui sera inscrite dans la section "Autre" du formulaire			

Rév.: 2024-03\_v.2

**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.**

**NÉPHROLOGIE**

Conditions cliniques	En centre hospitalier	En cabinet
IRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IRC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protéinurie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évaluation métabolique pour lithiases rénales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies génétiques rénales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anomalie de l'anatomie rénale : rein unique, polykystose, fer à cheval	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hématurie isolée après investigation urologique négative	<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**.

## NEUROLOGIE

	Conditions cliniques	En centre hospitalier	En cabinet
Vasculaire (AIT)	Symptômes neurologiques focaux transitoires suggestifs d'AIT (ICT) se présentant après > 14 jours		
	Symptômes neurologiques focaux transitoires excluant une parésie unilatérale et un trouble de la parole se présentant <b>entre 48 heures et 14 jours</b>		
TNC	Trouble neurocognitif majeur (TNC)		
Neuromusculaire	Consultation pour trouble neuromusculaire avec considération EMG : Tunnel carpien Avec impact fonctionnel important au travail Polyneuropathie		
	Radiculopathie avec atteinte motrice et/ou sensitive (sans drapeaux rouges) Atteinte fonctionnelle sévère Atteinte fonctionnelle modérée Suspicion de SLA, myasthénie grave ou myopathie Mononévrite isolée		
Troubles du mouvement	Suspicion de parkinsonisme		
	Tremblement de la tête ou MS		
	Autres troubles du mouvement		
Épilepsie	Convulsion de novo		
	Épilepsie		
SEP ou suspicion	SEP ou suspicion		
	Diagnostic confirmé		
Céphalée	Céphalée		
	Anomalies à l'imagerie fortuite, d'interprétation douteuse ou par suggestion d'un radiologiste.		
	Toute autre demande formulée par le médecin référent qui sera inscrite dans la section "Autre" du formulaire		

Ed. 2023-12

Veuillez compléter ce formulaire et le retourner par courriel ou par télécopieur (voir coordonnées à la 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**.

**OPHTALMOLOGIE**

Conditions cliniques	En centre hospitalier	En cabinet
Zona ophtalmique avec oeil rouge ou baisse de vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjonctivite réfractaire au traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucome chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rétinopathie diabétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise de Hydroxuchloroquine (Plaquenil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Larmoiement chronique chez l'adulte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cataracte documentée et symptomatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lésions palpébrales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chalazion significatif persistant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strabisme chez l'enfant de 8 mois à 6 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dacryosténose persistante chez un enfant de plus de 12 ans	<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"/>

Clientèle pédiatrique acceptée :

**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.**

**ORL**

Conditions cliniques	En centre hospitalier	En cabinet	
Surdité	Avec retard de langage chez l'enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Évaluation surdité chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otite à répétition ou séreuse persistante		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acouphène		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertiges		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paralysie faciale périphérique		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épistaxis		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fracture nasale déplacée		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhinosinusites chroniques ou sinusites à répétition		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhinite chronique/obstruction nasale chronique/déviations septales		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertrophie adéno-amygdalienne		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amygdalites à répétition		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nodule thyroïdien		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Changement de la voix		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masse cervicale suspecte		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lésion buccale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lésion cutanée de la tête ou du cou suspecte de néoplasie maligne non mélanocytaire		<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"/>

Clientèle pédiatrique acceptée :

**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.**

**ORTHOPÉDIE**

Conditions cliniques	En centre hospitalier	En cabinet
Épaule : Rupture complète de la coiffe des rotateurs aiguë prouvée à l'IRM ou à l'écho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épaule : Maladie de la coiffe des rotateurs (bursite, tendinite, accrochage, déchirure chronique coiffe des rotateurs, tendinose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épaule : Luxation récidivante avec physiothérapie débutée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épaule : Arthrose invalidante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coude : Rupture complète du tendon biceps distal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coude : Épicondylite et épitrochléite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genou : Rupture complète du tendon rotulien ou quadriceps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genou : Rupture ligament croisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genou : Déchirure méniscale aiguë ou traumatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genou : Arthrose invalidante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pied/Cheville : Rupture complète du tendon d'Achille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pied/Cheville : Entorse sévère persistante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pied/Cheville : Arthrose invalidante cheville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pied/Cheville : Hallux valgus ou orteils marteau symptomatiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fracture aiguë mineure non déplacée immobilisée <sup>1</sup> ou subluxation aiguë	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Néoplasie musculo-squelettique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entorse sévère persistante poignet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrose invalidante hanche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syndrome du tunnel carpien	<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.**

**PÉDIATRIE**

Conditions cliniques	En centre hospitalier	En cabinet
Irritabilité – troubles d'alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retard de croissance statural et/ou pondéral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur abdominale chronique / Diarrhée chronique / Constipation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infections à répétition : respiratoires, urinaires et autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Céphalée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toux chronique / Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffle cardiaque (enfant stable)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retard de développement chez un enfant 0-5 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évaluation trouble scolaire - TDAH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anomalie du crâne/plagiocéphalie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes cutanés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Énurésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Phimosi	<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.**

**UROLOGIE**

Conditions cliniques	En centre hospitalier	En cabinet
Calcul urétéral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calcul rénal ou vésical asymptomatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection urinaire chez l'homme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infections urinaires basses récidivantes documentées chez la femme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dysfonction érectile avec échec au traitement médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie de La Peyronie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hémospémie récidivante avec examen prostatique non suspect de malignité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hématurie macroscopique intermittente avec culture négative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hématurie microscopique $\geq$ 2-5 GR/Champ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen prostatique suspect (TR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APS élevé reconstruit après 6 semaines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masse vésicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masse rénale solide ou kyste rénal complexe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masse scrotale suspecte de néoplasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masse scrotale bénigne : hydrocèle, varicocèle, spermatocele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hydronephrose obstructive ou symptomatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptômes du bas appareil urinaire inconfortants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syndrome de douleur pelvienne chronique/orchialgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Balanite récidivante /phimosis/vasectomie	<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"/>

**Clientèle pédiatrique acceptée :**

**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 doivent 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.**