

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 :**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Chirurgie plastique</b><br>Veillez compléter le tableau page 3 | <input type="checkbox"/> <b>Immunologie clinique et allergie</b><br>Veillez compléter le tableau page 8        |
| <input type="checkbox"/> <b>Dermatologie</b><br>Veillez compléter le tableau page 4        | <input type="checkbox"/> <b>Microbiologie médicale et infectiologie</b><br>Veillez compléter le tableau page 9 |
| <input type="checkbox"/> <b>Endocrinologie</b><br>Veillez compléter le tableau page 5      | <input type="checkbox"/> <b>Oncologie médicale</b><br>Veillez compléter le tableau page 10                     |
| <input type="checkbox"/> <b>Gériatrie</b><br>Veillez compléter le tableau page 6           | <input type="checkbox"/> <b>Pneumologie</b><br>Veillez compléter le tableau page 11                            |
| <input type="checkbox"/> <b>Gynécologie</b><br>Veillez compléter le tableau page 7         | <input type="checkbox"/> <b>Psychiatrie</b><br>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)		
	Doigt gachette : <span style="float: right;">Avec blocage permanent</span> <span style="float: right;">Sans blocage ou blocage intermittent réductible</span>		
	Kyste arthro-synovial		
	Maladie de Dupuytren : <span style="float: right;">Avec perte d'extension</span> <span style="float: right;">Sans perte d'extension</span>		
	Tendinite de De Quervain avec échec au traitement médical après 2 mois (orthèse et infiltration)		
	Rhizarthrose invalidante avec échec au traitement médical (orthèse et infiltration)		
	Fracture aiguë et non déplacée de la main		
	Doigt en Maillet (Mallet finger)		
	Luxation réduite des doigts		
CUTANÉ/ TISSU MOU	Lésion cutanée maligne avec pathologie confirmée (ex. : basocellulaire, spinocellulaire, mélanome, etc.)		
	Cicatrice vicieuse du visage		
SEINS	Réduction mammaire		
	Asymétrie mammaire		
	Reconstruction mammaire post néoplasie		
	Gynécomastie		
AUTRES	Fracture immobilisée non déplacée du carpe incluant scaphoïde		
	Brûlures qui ne répondent pas aux critères des centres d'expertise		
	Toute autre demande formulée par le médecin référent qui sera inscrite dans la section «Autre» du formulaire		

v.03-2024

## 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	Kératose séborrhéique probable, éliminer lésion suspecte.			
	Naevus atypique probable, éliminer mélanome			
	Mélanome très probable			
	Tumeur suspecte de cancer, autre que mélanome (ex. : carcinome basocellulaire ou épidermoïde)	LENTEMENT évolutive RAPIDEMENT évolutive ( < 8 de semaines)		
	Kératoses actiniques			
	Hémangiome du nourrisson nécessitant un traitement			
	Tache de vin de l'enfant âgé de moins d'un an			
Inflammatoire/Infectieux	Lésions érythémato-squameuses (ex. : eczéma, psoriasis, tinea)	Étendues > 30% de la surface corporelle ou palmo-plantaire sévère Limitées < 30% de la surface corporelle		
	Lésions bulleuses non infectieuses sans atteinte de l'état général			
	Acné nodulo-kystique et cicatricielle incapacitante			
	Autres lésions acnéiformes (ex. : acné vulgaire, acné rosacée, folliculite, etc)			
	Hidradénite suppurée modérée à sévère (plus de 10 nodules, abcès, fistules et cicatrices aux plis)			
	Urticaire chronique idiopathique (durée > 6 semaines)			
	Toute autre demande formulée par le médecin référent qui sera inscrite dans la section «Autre» du formulaire			

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 ↓)		
	Nodule thyroïdien		
Diabète	Diabète de novo, type 1 soupçonné, sans acidose		
	Diabète traité		
Gonades	Hirsutisme sans virilisation		
	Oligo/aménorrhée (ex. : syndrome ovaires polykystiques)		
	Hypogonadisme chez l'homme		
	Hypogonadisme désirant fertilité (homme et femme)		
	Gynécomastie d'apparition de moins de 6 mois		
Surrénales	Insuffisance surrénalienne de novo sans instabilité hémodynamique		
	Hypercorticisme		
	Nodule surrénalien		
Phosphocalcique/ os	Ostéoporose		
	Hypercalcémie		
	Hypocalcémie		
Hypophyse	Masse hypophysaire		
	Hyperprolactinémie (dosage contrôlé 2 fois)		
Grossesse	Diabète, dysthyroïdie ou autre endocrinopathie en grossesse		
	Évaluation pré-grossesse chez patiente diabétique		
	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.**

## GÉRIATRIE

	Conditions cliniques	En centre hospitalier	En cabinet
Trouble neurocognitif	Trouble neurocognitif majeur atypique		
	Trouble neurocognitif majeur typique		
	« Trouble du comportement » SCPD sans antécédent de maladies psychiatriques (réfractaire aux terme interventions de l'équipe SCPD de première ligne si disponible)		
	Chutes récurrentes non syncopales inexplicées		
	Maltraitance : situation d'abus, négligence, etc.		
	Perte de poids inexplicée chez usager > 75 ans après investigation appropriée		
	Polypharmacie potentiellement néfaste/Déprescription		
	Trouble de la marche et de l'équilibre		
	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.**

## GYNÉCOLOGIE ADULTE

	Conditions cliniques	En centre hospitalier	En cabinet
Saignements utérins anormaux (SUA)	Post-ménopausiques		
	Pré-ménopausiques		
Fibromes	Fibromes > 10 cm ou signes/symptômes compressifs		
	Fibromes asymptomatiques et Hb normale		
Masse annexielle	Post-ménopausique complexe ou simple		
	Pré-ménopausique, masse persistante > 3 cm		
	Avec ascite ou carcinomatose péritonéale		
Néoplasie	Lésion vulvaire ou vaginale suspecte		
	Néoplasie de l'endomètre confirmée		
Polypes et épaississement de l'endomètre	Polypes de l'endomètre		
	Épaississement de l'endomètre > 11 mm post ménopausique		
	Polype du col avec cytologie normale		
Vulvo-vaginal	Pathologies vulvaires/vaginales bénignes		
	Vulvo-vaginites récidivantes et réfractaires		
	Dyspareunie ou vaginisme		
Autres	Contraception complexe, ligature tubaire ou stérilet		
	Infertilité		
	Aménorrhée secondaire de > 6 mois		
	Ménopause complexe		
	Prolapsus génital symptomatique		
	Endométriose suspectée ou douleur pelvienne chronique (> 6 mois)		
	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.**

## IMMUNO-ALLERGIE ADULTE ET PÉDIATRIQUE

	Conditions cliniques	En centre hospitalier	En cabinet
Respiratoire	Rhinite/ sinusite à répétition		
	Asthme		
Alimentaires	Allergies alimentaires Âge < 2 ans		
	Allergies alimentaires Âge ≥ 2 ans		
Anaphylaxie	Anaphylaxie de cause inexpliquée		
	Allergies aux insectes avec réactions systémiques		
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		
	Angioedème isolé malgré l'arrêt de l'IECA3 ≥ 2 épisodes		
Immuno-déficience	Déficit immunologique suspecté		
Médicament	Pénicilline		
	Autre médicament		
	Médication essentielle sans alternative ET besoin de prescrire dans un court délai (préciser)		
Autres	Toute autre demande formulée par le médecin référent qui sera inscrite dans la section «Autre» du formulaire		

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		
	Gestion d'infections récurrentes à germes multi-résistants (ex. : SARM, ERV, etc.)		
	Gestion d'infection dans un contexte de multiples allergies aux antibiotiques		
	Gestion d'infections à C. difficile récurrentes		
Sérologie positive	VIH nouvellement diagnostiqué ou usager connu		
	Hépatite B chronique		
	Hépatite C		
	Syphilis		
	Autres sérologies (ex. : toxo)		
AUTRES	Herpes simplex récurrent		
	Parasitose intestinale confirmée		
	Infection non sévère du pied diabétique		
	Possibilité de maladie tropicale sans atteinte de l'état général (excluant la malaria)		
	TB latente suspectée (non active et non contagieuse)		
	FUO (fièvre d'origine indéterminée depuis > 14 jours et bilan infectieux de base négatif incluant hémocultures)		
	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**.

### ONCOLOGIE MÉDICALE ADULTE

Conditions cliniques	En centre hospitalier	En cabinet
Néoplasie de novo		
Suspicion de nouvelles métastases chez un usager avec une histoire de néoplasie antérieure sans suivi actif en oncologie		
Situation clinique suspecte de néoplasie ou de métastases sans site primaire identifié		
Réévaluation du traitement en l'absence de suivi actif en oncologie (ex. : hormonothérapie)		
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.**

## CONSULTATION EN PNEUMOLOGIE ADULTE

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

### PSYCHIATRIE ADULTE

Conditions cliniques	En centre hospitalier	En cabinet
Dépression récurrente ou réfractaire aux traitements à dose optimale		
Trouble anxieux réfractaire aux traitements à dose optimale		
Trouble de personnalité, réfractaire à une approche psychologique d'un intervenant de première ligne		
Troubles de comportement ou de l'humeur associés à des troubles cognitifs		
Premier épisode psychotique ou de manie psychotique		
Psychose ou manie		
TDAH chez l'adulte réfractaire ou atypique		
Toxicomanie en comorbidité avec un trouble psychiatrique		
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 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, option 1.**

v.03-2024