



DT9287

## CONSULTATION EN UROLOGIE ADULTE ET ENFANT

Attention : Consulter les alertes cliniques au verso et favoriser les protocoles de l'Accueil clinique (si disponibles) avant de remplir ce formulaire.

Nom et prénom de l'utilisateur			
N° d'assurance maladie		Année	Mois
		Expiration	
Nom et prénom du parent			
Ind. rég.	N° téléphone	Ind. rég.	N° téléphone (autre)
Adresse			
Code postal			

**Raison de consultation** Échelle de priorité clinique : **B : ≤ 10 jrs** **C : ≤ 28 jrs** **D : ≤ 3 mois** **E : ≤ 12 mois** Pour les consultations de priorité A (≤ 3 jrs), ne pas les transmettre au CRDS ; utiliser les corridors suivant : spécialiste de garde, accueil clinique, etc.

Raison de consultation	Échelle de priorité clinique	Autres	Échelle de priorité clinique				
<input type="checkbox"/> Calcul urétéral (Prérequis : prescrire A/C urine, créatinine, RX abdominale, uroscan)	<b>C</b>	<input type="checkbox"/> Examen prostatique suspect (TR) (Prérequis : prescrire APS) <b>C</b> <input type="checkbox"/> APS élevé recontrôlé après 6 semaines (Prérequis : APS x 2, A/C urine négative) <b>C</b> <input type="checkbox"/> Masse vésicale (Prérequis : rapport d'IM) <b>C</b> <input type="checkbox"/> Masse rénale solide ou kyste rénal complexe (Prérequis : créatinine, rapport d'IM et prescrire pyéloscan (si non réalisé)) <b>C</b> <input type="checkbox"/> Masse scrotale suspecte de néoplasie (Prérequis : écho testiculaire) <b>B</b> <input type="checkbox"/> Complications liées aux bandelettes urinaires Référer à votre centre désigné en santé pelvienne via le formulaire de demande de consultation ( <a href="https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/programme-sante-pelvienne/centres-designes/">https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/programme-sante-pelvienne/centres-designes/</a> )	<b>C</b>				
	<input type="checkbox"/> Calcul rénal ou vésical asymptomatique (Prérequis : rapport d'IM et prescrire A/C urine, créatinine et uroscan)		<b>D</b>	<b>C</b>			
<input type="checkbox"/> Infection urinaire chez l'homme (Prérequis : prescrire écho rénale et pelvienne, A/C urine)	<b>D</b>		<input type="checkbox"/> Masse scrotale bénigne : hydrocèle, varicocèle, spermatocele (Prérequis : écho testiculaire) <b>E</b> <input type="checkbox"/> Hydronéphrose obstructive ou symptomatique (Prérequis : rapport d'IM et prescrire créatinine, A/C urine) <b>C</b> <input type="checkbox"/> Symptômes du bas appareil urinaire chez ♀ et ♂ (incontinence, vessie hyperactive, HBP avec échec de traitement) (Prérequis : A/C urine et APS (si ♂)) <b>E</b> <input type="checkbox"/> Syndrome de douleur pelvienne chronique/orchialgie (incluant prostatite chronique, cystalgie) (Prérequis : ITSS négatives, A/C urine) <b>E</b> <input type="checkbox"/> Balanite récidivante/phimosis/vasectomie <b>E</b>	<b>B</b>			
	<input type="checkbox"/> Infections urinaires basses récidivantes documentées chez la femme (+ de 4 par année) (Prérequis : A/C urine)			<b>E</b>			
<input type="checkbox"/> Dysfonction érectile avec échec au traitement médical (Prérequis : prescrire testostérone, glycémie, lipides, HbA1c)	<b>E</b>						
	<input type="checkbox"/> Maladie de La Peyronie				<b>E</b>		
<input type="checkbox"/> Hémospémie récidivante avec examen prostatique non suspect de malignité (Prérequis : prescrire A/C urine, APS si > 40 ans)	<b>E</b>						
	<input type="checkbox"/> Hématurie macroscopique intermittente avec culture négative (Prérequis : prescrire A/C urine, créatinine et pyéloscan)					<b>C</b>	
<input type="checkbox"/> Hématurie microscopique ≥ 2-5 GR/champ <sup>1</sup> (Prérequis : prescrire A/C urine, écho abdominale pelvienne)	<b>D</b>						
							<b>D</b>

<input type="checkbox"/> Autre raison de consultation non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique (justification OBLIGATOIRE dans la section suivante) :	Priorité clinique
---	-------------------

<b>Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires</b>	<b>Si prérequis exigé(s) :</b>
	<input type="checkbox"/> Disponible(s) dans DSQ <input type="checkbox"/> Annexé(s) à la présente demande <input type="checkbox"/> Prescrit(s)

<b>Besoins spéciaux :</b>		<b>Estampe</b>	
<b>Identification du médecin référent et du point de service</b>			
Nom du médecin référent			N° de permis
Ind. rég.	N° de téléphone		N° de poste
Ind. rég.	N° de télécopieur		
Nom du point de service			
<b>Signature</b>		Date (année, mois, jour)	
<b>Médecin de famille :</b> <input type="checkbox"/> Idem au médecin référent <input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille		<b>Référence nominative (si requis)</b>	
Nom du médecin de famille		Si vous désirez une référence à un médecin ou à un point de service en particulier	
Nom du point de service			

**Légende :**

<sup>1</sup> Définition de l'hématurie microscopique significative :

Présence de plus de 2 GR/champ lors de 2 analyses par microscope après une certaine période sans exercice, sans menstruation, sans activité sexuelle et sans exploration instrumentale des voies urinaires.

Réf. : Guide de Pratique de l'Association Canadienne d'urologie, juin 2008.

American Urological Association guidelines, 2012.

**N.B.**

Si l'état de l'utilisateur ne correspond pas à la priorité clinique établie ou s'il s'agit d'une situation imprécise, communiquer avec l'urologue de garde de votre région.

**Alertes cliniques (liste non exhaustive)****Diriger l'utilisateur à l'urgence**

- Hématurie macroscopique active (non infectieuse)
- Colique néphrétique non soulagée par la médication
- Hyperthermie d'origine urinaire
- Suspicion de torsion testiculaire
- Rétention urinaire aiguë
- Fracture du pénis ou priapisme