

## DEMANDE DE CONSULTATION EN OPHTALMOLOGIE

Identification du médecin référent et du service		Estampe
Consultant/service : _____	Date (aaaa/mm/jj) : _____	Estampe
Nom : _____ N° de permis : _____		Estampe
Signature : _____		Estampe
<b>Attention : Pour les priorités A et B à référer à l'ophtalmologie, consulter au verso les instructions pour les urgences cliniques.</b>		
Échelle de priorité clinique : A (P1) : Immédiatement B (P2) : moins de 24 h C (P3) : moins de 3 jours D (P4) : moins de 10 jours E (P5) : moins de 28 jours F : moins de 3 mois G : moins de 12 mois		
<b>Traumatisme</b> : <input type="checkbox"/> Avec perforation <input type="checkbox"/> Sans perforation/Orbitaire <input type="checkbox"/> <b>Hyphéma</b> <input type="checkbox"/> <b>Hypopion</b> visible <input type="checkbox"/> <b>Perte de champ visuel unilatéral aigüe</b> <small>(Si bilatéral, investigation en neurologie)</small> <input type="checkbox"/> <b>Artérite temporale</b> <small>(Vitesse de sémination et protéine C-réactive)</small>		<b>Corps flottants</b> : <input type="checkbox"/> Avec flash et perte de champs visuel moins de 7 jours <input type="checkbox"/> Aigus avec flash récent moins de 7 jours <input type="checkbox"/> <b>HSV ophtalmique</b> <input type="checkbox"/> <b>Uvéite</b> (*sauf si déjà suivi pour uvéite, voir verso) <input type="checkbox"/> <b>Zona ophtalmique</b> avec œil rouge ou baisse de vision <small>(Débuter le Tx antiviral)</small> <b>Cellulite</b> : <input type="checkbox"/> <b>Orbitaire</b> (proptose, atteinte des mouvements extraoculaires) <input type="checkbox"/> <b>Préseptale</b> sans atteinte orbitale et sans réponse aux antibiotiques sur une période de 48 h ou plus <input type="checkbox"/> <b>Leucocorie</b> chez les enfants moins de 10 ans <input type="checkbox"/> <b>Conjonctivite</b> réfractaire au Tx depuis 2 sem. <input type="checkbox"/> <b>Œil rouge douloureux</b> <b>Ulcère de la cornée</b> : <input type="checkbox"/> Plus de 1 mm et atteinte centrale <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> <b>Sidérose</b> résiduelle cornéenne <input type="checkbox"/> <b>Corps étranger</b> non réglé à l'urgence <input type="checkbox"/> <b>Exposition chimique</b> avec captation ou asymétrie du pH (moins de 1 point) après 3 l d'irrigation <input type="checkbox"/> <b>Érosion cornéenne</b> réfractaire (2 <sup>e</sup> consultation en moins de 48 h) <b>Diplopie binoculaire</b> : <input type="checkbox"/> Avec atteinte pupillaire <input type="checkbox"/> Sans atteinte pupillaire <b>Lésion palpébrale</b> : <input type="checkbox"/> D'allure maligne <input type="checkbox"/> D'allure bénigne
<input type="checkbox"/> <b>Autre raison</b> de consultation : _____		Priorité clinique
<input type="checkbox"/> Modification d'une priorité clinique (Justification obligatoire) _____		
Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires		
<input type="checkbox"/> <b>Cas discuté</b> : Nom de l'ophtalmologiste ou du résident : _____ Date (aaaa/mm/jj) : _____		

(                    )

**DEMANDE DE CONSULTATION EN  
OPHTALMOLOGIE**

Dossier de l'usager  
D.I.C.: 3-4-4  
Page 1 de 2

Nom :

Prénom :

# Dossier :

<b>PRIORITÉ A et B</b>	Pour les urgences cliniques de priorités A et B, veuillez communiquer directement par téléphone avec l'ophtalmologue ou le résident de garde.	Les jours ouvrables, entre 8 h et 17 h : <b>418 525-4444, poste 87680.</b> En dehors des heures d'ouverture, veuillez communiquer avec la téléphoniste et demander le résident de garde en ophtalmologie.
<b>PRIORITÉ C</b>	Pour les urgences cliniques de priorités C, veuillez acheminer votre demande par télécopieur.	Veuillez transmettre votre demande par télécopieur : <b>418 682-7814</b> Si vous estimatez que votre demande pourrait être traitée au-delà de 3 jours ouvrables, lors de jours fériés par exemple, veuillez suivre la procédure pour les priorités A et B.
<b>PRIORITÉ D-E-F-G et autres</b>	Pour les raisons de consultation de priorités D-E-F et G, veuillez acheminer votre demande par télécopieur.	Veuillez transmettre votre demande par télécopieur : <b>418 682-7814</b>

<b>*Connu uvéite</b>	Si présence de symptôme d'uvéite, veuillez diriger l'usager à l'accueil de l'ophtalmologie <b>si connu uvéite</b> selon le cas.	Les jours ouvrables, entre 8 h et 17 h. En dehors des heures d'ouverture, veuillez communiquer avec la téléphoniste et demander le résident de garde en ophtalmologie.
<b>*Cas pédiatrique</b>	Pour les demandes de cas pédiatriques complexes ou si connu pour un problème de santé majeur au CHUL, veuillez acheminer votre demande par télécopieur au CHUL.	Les jours ouvrables, entre 8 h et 16 h, veuillez transmettre votre demande par télécopieur : <b>418 654-2118</b> En dehors des heures d'ouverture, veuillez communiquer avec la téléphoniste et demander le résident de garde en ophtalmologie pédiatrique.

**Il est préférable de diriger les usagers vers l'optométriste pour les conditions suivantes :**

Ces services sont assurés par la RAMQ pour les usagers de moins de 18 ans et de 65 ans ou plus.

Dans le cas où un usager refuse d'être dirigé vers un optométriste, identifier la raison de consultation.

**Autres raisons de consultation**

<input type="checkbox"/> Diminution de l'acuité visuelle inexplicable depuis plus de 7 jours	F
<input type="checkbox"/> Diminution progressive de l'acuité visuelle	F
<input type="checkbox"/> Trouble visuel vague	F
<input type="checkbox"/> Corps flottant inexplicable depuis plus de 7 jours	E
<input type="checkbox"/> Flash répétitif sans atteinte du champ visuel depuis plus de 7 jours	E
<input type="checkbox"/> Yeux secs ou larmoiement (éiphora)	G
<input type="checkbox"/> Conjonctivites réfractaires avec ou sans captation au niveau de la cornée	E
<input type="checkbox"/> Dépistage glaucome	F
<input type="checkbox"/> Dépistage de rétinopathie diabétique	F
<input type="checkbox"/> Dépistage de dégénérescence maculaire (DMLA)	F
<input type="checkbox"/> Dépistage de cataracte	G

\*Légende : Occlusion de la veine rétinienne centrale (CRVO)

( )

**DEMANDE DE CONSULTATION EN  
OPHTALMOLOGIE**Dossier de l'usager  
D.I.C.: 3-4-4  
Page 2 de 2