



DEMANDE CONSULTATION RHUMATOLOGIE ADULTE
RÉFÉRENCE MÉDECIN SPÉCIALISTE

Si Arthrite septique : Rediriger vers l'urgence

Rejoindre le rhumatologue de garde 418-525-4444 poste « 0 » si (priorité de 3 jours ou moins):

- Artérite temporale
- Vasculite avec atteinte d'organe sévère
- Collagénose avec atteinte d'organe sévère

À noter que ces raisons de consultations ne sont pas prises en charge pas la rhumatologie

- Arthrose
- Lombalgie mécanique
- Tendinite (s)
- Fibromyalgie
- Infiltrations
Radiologie sous guidage

Échelle de priorité clinique = **B** : 10 jours ou moins **C** : 28 jours ou moins **D** : 3 mois ou moins **E** : 12 mois ou moins

✓	Raison de consultation		Examens recommandés
<input type="checkbox"/>	Polymyalgie rheumatica	B	FSC, CRP +/-, VS
<input type="checkbox"/>	Myopathie inflammatoire	C	FSC, CK
<input type="checkbox"/>	Arthrite oligoarticulaire ou polyarticulaire	D	FSC, CRP, Créatinine, Facteur rhumatoïde, Anti-CCP, ALT et radiographie zones atteintes
<input type="checkbox"/>	Monoarthrite non-septique	D	FSC, CRP, acide urique, créatinine, radiographie zone atteinte
<input type="checkbox"/>	Spondylite ankylosante ou atteinte axiale inflammatoire	D	FSC, Créatinine, CRP, HLA-B27 et RX sacro-iliaques.
<input type="checkbox"/>	Collagénose avec atteinte d'organe légère-moderée (lupus, Sjogren, sclérodémie, MCTD)	C	FSC, créatinine, CRP, SMU, ANA
<input type="checkbox"/>	Collagénose sans atteinte d'organe sévère (lupus, Sjogren, sclérodémie, MCTD)	D	FSC, créatinine, CRP, SMU, ANA
<input type="checkbox"/>	Maladie de Paget	D	Phosphatase alcaline, scintigraphie osseuse, RX
<input type="checkbox"/>	Ostéoporose avec échec thérapeutique ou secondaire	D	DMO, vitamine D

Autre raison de consultation non standardisée au formulaire ou **modification d'une priorité clinique** (*justification obligatoire dans la section suivante avec les examens pertinents*) :

Priorité clinique : B C D E

Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires

Demande nominative pour : _____

Nom du médecin référent : _____ Signature : _____

N° permis : _____ Date (aaaa/mm/jj) : _____

****Faire suivre la demande au # de télécopieur suivant: 418-654-2126***