



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	
Rapport IM : Transmettre le rapport d'imagerie médicale avec la demande de consultation en urologie.	
N° d'identification	Année Mois
Expiration	
Nom et prénom du patient	
Pour les 6 examens surlignés : Le CRDS coordonnera les RV en imagerie médicale et la consultation en urologie. Pour ce faire, vous devez transmettre au CRDS :	
Ind. rég. (autre)	
Adresse	
-> La requête d'imagerie médicale et -> La demande de consultation en urologie	
Code postal	

Raison de consultation		Échelle de priorité clinique : A : ≤ 3 jrs B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois				
Lithiase	<input type="checkbox"/> Calcul urétéral (Prérequis : prescrire A/C urine, créatinine, RX abdominale, uroscan)	C	Suspicion de malignité	<input type="checkbox"/> Examen prostatique suspect (TR) (Prérequis : prescrire APS)	C	
	<input type="checkbox"/> Calcul rénal ou vésical asymptomatique (Prérequis : rapport d'IM et prescrire A/C urine, créatinine et uroscan)	D		<input type="checkbox"/> APS élevé recontrôlé après 6 semaines (Prérequis : APS x 2, A/C urine négative)	C	
Infection	<input type="checkbox"/> Infection urinaire chez l'homme (Prérequis : prescrire écho rénale et pelvienne, A/C urine)	D		<input type="checkbox"/> Masse vésicale (Prérequis : rapport d'IM)	C	
	<input type="checkbox"/> Infections urinaires basses récidivantes documentées chez la femme (+ de 4 par année) (Prérequis : A/C urine)	E		<input type="checkbox"/> Masse rénale solide ou kyste rénal complexe (Prérequis : créatinine, rapport d'IM et prescrire pyéloscan (si non réalisé))	C	
Dysfonction sexuelle	<input type="checkbox"/> Dysfonction érectile avec échec au traitement médical (Prérequis : prescrire testostérone, glycémie, lipides, HbA1c)	E		Autres	<input type="checkbox"/> Masse scrotale suspecte de néoplasie (Prérequis : écho testiculaire)	B
	<input type="checkbox"/> Maladie de La Peyronie	E			<input type="checkbox"/> Masse scrotale bénigne : hydrocèle, varicocèle, spermatocele (Prérequis : écho testiculaire)	E
	<input type="checkbox"/> Hémospémie récidivante avec examen prostatique non suspect de malignité (Prérequis : prescrire A/C urine, APS si > 40 ans)	E	<input type="checkbox"/> Hydronéphrose obstructive ou symptomatique (Prérequis : rapport d'IM et prescrire créatinine, A/C urine)		C	
Hématurie	<input type="checkbox"/> Hématurie macroscopique intermittente avec culture négative (Prérequis : prescrire A/C urine, créatinine et pyéloscan)	C	<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 ♂))		E	
	<input type="checkbox"/> Hématurie microscopique ≥ 2-5 GR/champ ¹ (Prérequis : prescrire A/C urine, écho abdominale pelvienne)	D	<input type="checkbox"/> Syndrome de douleur pelvienne chronique/orchialgie (incluant prostatite chronique, cystalgie) (Prérequis : ITSS négatives, A/C urine)		E	
			<input type="checkbox"/> Balanite récidivante/phimosis/vasectomie		E	

Autre raison de consultation non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique (justification OBLIGATOIRE dans la section suivante) :

Priorité clinique

Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires

Si prérequis exigé(s) :

- Disponible(s) dans DSQ
 Annexé(s) à la présente demande
 Prescrit(s)

Besoins spéciaux :

Identification du médecin référent et du point de service

Estampe

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			

Signature	Date (année, mois, jour)
-----------	--------------------------

Médecin de famille : Idem au médecin référent Usager sans médecin de famille

Référence nominative (si requis)

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 :

¹ 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