

Utilisation optimale des formulaire de l'APSS

Ouverture des CRDS le 31 octobre
dans toutes les régions du Québec



Alain Turcotte, md
Directeur adjoint de la planification
et de la régionalisation
FMOQ

Instructions

Imprimez un formulaire (le choix de la spécialité n'a pas d'importance)

- Via votre DME ou
- En allant sur le site du MSSS et en tapant « CRDS » dans le champ recherche
- [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/\\$SearchForm](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/$SearchForm)

Instructions

Le formulaire en main, parcourir cette présentation

- Celle-ci a pour objectif de vous permettre une appropriation rapide des différents éléments du formulaire de référence en spécialité

Formulaire recto-verso selon un même gabarit pour toutes les spécialités

Santé et Services sociaux Québec

CONSULTATION EN XXXXXXXXXXXX

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

Raison de consultation

Echelle de priorité clinique : A : ≤ 3 jrs B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois

Autre (utiliser cette section pour modifier une priorité ou pour tout autre raison de consultation et justifier) :

Renseignements cliniques pertinents (joindre rapports, médication, etc.)

Besoins spéciaux :

Identification du médecin référent et du point de service

Signature

Médecin de famille : Médecin référent Usager sans médecin de famille

Référence nominative (si requis)

Recto

Complétion du formulaire

Ce formulaire doit être utilisé pour la clientèle de 16 ans et plus.

Identification de l'utilisateur

Raison de consultation

Priorité clinique

Renseignements cliniques pertinents

Identification du médecin référent et du point de service

Référence nominative

Formulaire

Alertes cliniques (liste non exhaustive)

Diriger l'utilisateur à l'urgence

Verso





DT9282

CONSULTATION EN XXXXXXXXXXXXXXX

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 : A : ≤ 3 jrs B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois				
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
Autre (utiliser cette section pour modifier une priorité ou pour tout autre raison de consultation et justifier) :					Priorité clinique
Renseignements cliniques pertinents (joindre rapports, médication, etc.)					
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 : <input type="checkbox"/> Idem au médecin référent <input type="checkbox"/> 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					

Recto





DT9282

CONSULTATION EN XXXXXXXXXXXXXXX

Consultez les alertes cliniques au verso et favorisez 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			
N° téléphone		Ind. rég.	N° téléphone (autre)

Raison de consultation	Échelle de priorité clinique : A : ≤ 3 jrs B : ≤ 10 jrs	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Autre (utiliser cette section pour modifier une priorité ou pour tout autre raison de consultation et justifier) : _____

Priorité clinique

Renseignements cliniques pertinents (joindre rapports, médication, etc.)

Besoins spéciaux :

Identification du médecin référent et du point de service

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)	Estampe
Médecin de famille : <input type="checkbox"/> Idem au médecin référent <input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille		
Nom du médecin de famille		
Nom du point de service		Référence nominative (si requis) Si vous désirez une référence à un médecin ou à un point de service en particulier

Sélectionnez le bon formulaire
Chaque spécialité aura son propre formulaire. Vous pouvez cependant utiliser le formulaire d'une spécialité médicale spécifique (ex. cardiologie; endocrinologie; etc...) pour référer en médecine interne si la condition clinique n'apparaît pas sur le formulaire de la médecine interne et que le service est disponible sur votre territoire

Pour référer un patient directement à un médecin spécialiste
Inscrire le nom du spécialiste désiré au besoin



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			

CONSULTATION EN XXXXXXXXXXXXX

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

Raison de consultation	Échelle de priorité clinique : A : ≤ 3 jrs B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois				
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
Autre (utiliser cette section pour modifier une priorité ou pour tout autre raison de consultation et justifier) :					
Renseignements cliniques pertinents (joindre rapports)					
Besoins spéciaux :					
Identification du médecin référent et du point de service					
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 : <input type="checkbox"/> Idem au médecin référent <input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille					
Nom du médecin de famille				Référence nominative (si requis)	
Nom du point de service				Si vous désirez une référence à un médecin ou à un point de service en particulier.	

Il est possible que le personnel de votre CRDS régional communique avec vous si le médecin spécialiste n'est pas disponible dans le délai prescrit par la condition clinique du patient afin de vous proposer une alternative qui permettra de respecter la priorité clinique





DT9282

CONSULTATION EN XXXXXXXXXXXXXXX

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			

Raison de consultation		Centre de priorité clinique : A : ≤ 3 j	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Autre (utiliser cette section pour modifier une priorité ou pour tout autre raison de consultation et justification)			
Renseignements cliniques pertinents			
Besoins spéciaux :			
Identification du médecin référent et du point de service			
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 : <input type="checkbox"/> Idem au médecin référent <input type="checkbox"/> 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			

MISE EN GARDE

Avant de compléter une demande de service, consultez les alertes cliniques au verso. N'utilisez JAMAIS un formulaire dans un contexte clinique où la santé physique ou psychologique de votre patient pourrait se détériorer rapidement...

Si l'accueil clinique est disponible sur votre territoire, utilisez alors son formulaire de référence...





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)
Date de naissance			

CONSULTATION EN XXXXXXXXXXXXX

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

Raison de consultation	Échelle de priorité clinique : A : ≤ 3 jrs B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 12 mois			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (utiliser cette section pour modifier une priorité ou pour tout autre raison de consultation et justifier) :				
Renseignements cliniques pertinents (joindre rappo				
Besoins spéciaux :				
Identification du médecin référent et du point de service				
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 : <input type="checkbox"/> Idem au médecin référent <input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille		Estampe		
Nom du médecin de famille		Référence nominative (si requis)		
Nom du point de service		Si vous désirez une référence à un médecin ou à un point de service en particulier		

Identification du patient

Cette section se remplira automatiquement avec les informations déjà PRÉSENTES dans votre DME





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			

CONSULTATION EN XXXXXXXXXXXXX

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

Raison de consultation	Échelle de priorité clinique : A : ≤ 3 jrs B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois					
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
Autre (utiliser cette section pour modifier une priorité ou pour tout autre raison de consultation et justifier) :					Priorité clinique	
Renseignements cliniques pertinents (joindre rapports, médication, etc.)						
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						
Date (année, mois, jour)						
Signature		Médecin de famille : <input type="checkbox"/> Idem au médecin référent <input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille			Référence nominative (si requis)	
					Si vous désirez une référence à un médecin ou à un point de service en particulier	
Nom du médecin de famille						
Nom du point de service						

Échelle de priorité nationale

Identique partout au Québec...



CONSULTATION EN XXXXXXXXXXXXX

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 : A : ≤ 3 jrs B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois				
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					

Autre (utiliser cette section pour modifier une priorité ou pour tout autre raison de consultation et justifier) :

Renseignements cliniques pertinents (ex. : genre rapports, médication, etc.)

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

Je ne retrouve pas dans la liste des raisons de consultations la condition clinique de mon patient

Il est possible d'ajouter une autre raison de consultation n'apparaissant pas dans la liste préétablie de la section « Raison de consultation »



CONSULTATION EN XXXXXXXXXXXXX

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'usager			
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 : A : ≤ 3 jrs B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois					
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
Autre (utiliser cette section pour modifier une priorité ou pour tout autre raison de consultation et justifier) :						
Renseignements cliniques pertinents (joindre rapports, médicaments, etc.)						
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)			Référence nominative (si requis) Si vous désirez une référence à un médecin ou à un point de service en particulier		
Médecin de famille : <input type="checkbox"/> Idem au médecin référent <input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille						
Nom du médecin de famille						
Nom du point de service						

Échelle de priorisation pour toutes les autres raisons de consultation...
Utilisez la même échelle et inscrire une priorité selon votre jugement clinique



CONSULTATION EN XXXXXXXXXXXXX

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 : A : ≤ 3 jrs B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois				
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
Autre (utiliser cette section pour modifier une priorité ou pour tout autre raison de consultation et justifier) :					
Renseignements cliniques pertinents (joindre rappo					
Besoins spéciaux :					
Identification du médecin référent et du point de service					
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 : <input type="checkbox"/> Idem au médecin référent <input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille					
Référence nomin					
Si vous désirez une référé point de service en particu					
Nom du point de service					

Identification du référent
Les fournisseurs homologués de DME au Québec ont pris l'engagement que cette section se complètera automatiquement avec les informations PRÉSENTES dans votre base de données



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			

CONSULTATION EN XXXXXXXXXXXXX

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

Raison de consultation	Échelle de priorité clinique : A : ≤ 3 jrs B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois				
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
Autre (utiliser cette section pour modifier une priorité ou pour tout autre raison de consultation et justifier) :					
Renseignements cliniques pertinents (joindre rapports)					
Besoins spéciaux :					
Identification du médecin référent et du point de service					
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 : <input type="checkbox"/> Idem au médecin référent <input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille					
Nom du médecin de famille				Référence nominative (si requis)	
Nom du point de service				Si vous désirez une référence à un médecin ou à un point de service en particulier	

En tout temps, il est possible de diriger votre patient vers un corridor de service que vous utilisez déjà sur votre territoire



Complétion du formulaire	
Ce formulaire doit être utilisé pour la clientèle de 16 ans et plus.	
Identification de l'utilisateur	<ul style="list-style-type: none">Inscrire le numéro de téléphone qui permettra au Centre de répartition des demandes de service (CRDS) de confirmer le rendez-vous (RV).Inscrire le code postal afin de permettre de donner un RV à proximité du domicile de l'utilisateur.
Raison de consultation	<ul style="list-style-type: none">Cocher la raison de consultation.Sinon inscrire la raison de consultation non prévue au formulaire dans la case « Autre » et préciser la priorité clinique.
Priorité clinique	<ul style="list-style-type: none">Justifier toute priorité clinique modifiée ou toute autre raison de consultation. <i>Permet au CRDS de connaître le délai maximal pour réaliser la consultation.</i> <i>Délai calculé en jours calendrier (inclus jours fériés et fins de semaine).</i> <i>Vous serez informés de la date de la consultation et de la durée de l'attente.</i>
Renseignements cliniques pertinents	<ul style="list-style-type: none">Inscrire toute autre information sur la priorité clinique ou sa modification.Acheminer (rapports ou analyses) nécessaires pour la consultation.Joindre la liste de médicaments.Besoins spéciaux : Inscrire les besoins particuliers tels que : interprète, déplacement en fauteuil roulant ou autre.
Identification du médecin référent et du point de service	Remplir cette section afin que le rapport de consultation vous soit acheminé au bon point de service.
Référence nominative	Il est possible que le délai ne soit pas respecté si le médecin demandé n'est pas disponible. Le CRDS communiquera alors avec vous afin de convenir d'une solution alternative.
Formulaire	<ul style="list-style-type: none">Acheminer par télécopieur le formulaire à votre CRDS.Ne pas remettre de copie du formulaire à l'utilisateur.

Verso

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

Instructions générales sur chacune des sections du formulaire

Complétion du formulaire	
Ce formulaire doit être utilisé pour la clientèle de 16 ans et plus.	
Identification de l'utilisateur	<ul style="list-style-type: none"> Inscrire le numéro de téléphone qui permettra au Centre de répartition des demandes de service (CRDS) de confirmer le rendez-vous (RV). Inscrire le code postal afin de permettre de donner un RV à proximité du domicile de l'utilisateur.
Raison de consultation	<ul style="list-style-type: none"> Cocher la raison de consultation. Sinon inscrire la raison de consultation non prévue au formulaire dans la case « Autre » et préciser la priorité clinique.
Priorité clinique	<ul style="list-style-type: none"> Justifier toute priorité clinique modifiée ou toute autre raison de consultation. <i>Permet au CRDS de connaître le délai maximal pour réaliser la consultation. Délai calculé en jours calendrier (inclus jours fériés et fins de semaine). Vous serez informé de toute priorité ne pouvant être respectée.</i>
Renseignements cliniques pertinents	<ul style="list-style-type: none"> Inscrire toutes les informations justifiant la priorité clinique ou sa modification. Acheminer au CRDS tous les prérequis (rapports ou analyses) nécessaires pour la consultation. Joindre la liste de médicaments. Besoins spéciaux : Inscrire les besoins particuliers tels que : interprète, déplacement en fauteuil roulant ou autre.
Identification du médecin référent et du point de service	Remplir cette section afin que le rapport de consultation vous soit acheminé au bon point de service.
Référence nominative	Il est possible que le délai ne soit pas respecté si le médecin demandé n'est pas disponible. Le CRDS communiquera alors avec vous afin de convenir d'une solution alternative.
Formulaire	Acheminer par télécopieur le formulaire à votre CRDS.

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

Complétion du formulaire	
Ce formulaire doit être utilisé pour la clientèle de 16 ans et plus.	
Identification de l'utilisateur	<ul style="list-style-type: none"> Inscrire le numéro de téléphone qui permettra au Centre de répartition des demandes de service (CRDS) de confirmer le rendez-vous (RV).
<p>Alertes cliniques à titre indicatif</p> <p>Situations cliniques mettant en danger et/ou à risque la santé de votre patient à court terme</p> <p>Il s'agit d'une liste non exhaustive</p> <p>Le formulaire ne doit <u>jamais</u> être utilisé pour les alertes</p>	
	Le CRDS communiquera alors avec vous afin de convenir d'une solution alternative.
Procedural	<ul style="list-style-type: none"> Acheminer par télécopieur le formulaire à votre CRDS. Ne pas remettre de copie du formulaire à l'utilisateur.
Alertes cliniques (liste non exhaustive)	
Diriger l'utilisateur à l'urgence	



Vous avez terminé!

Vous avez d'autres questions en lien avec ce projet

- Consultez la [page APSS](#) du site Web de la FMOQ pour des informations générales sur l'APSS
 - Consultez la [FAQ sur l'APSS](#) sur le site Web de la FMOQ
 - Communiquez avec le coordonnateur ou consultez le site Web de votre CRDS. La [liste des coordonnateurs de CRDS](#) se trouve sur le site Web de la FMOQ
- Communiquez avec votre fournisseur de DME si vous ne retrouvez pas les formulaires dans votre application