

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal

Québec



Hôpital Maisonneuve-Rosemont



HMR40092

N° Dossier :

Date de naissance :

Sexe :

Nom, Prénom :

Nom de la mère :

Adresse :

Téléphone :

NAM :

Expiration :

## ORTHOPHONIE - DEMANDE DE CONSULTATION - CLIENTÈLE ADULTE HOSPITALISÉE

SPÉCIALITÉ :

HSCO  HMR

DIAGNOSTIC (obligatoire) :

MOTIF(S) DE RÉFÉRENCE (obligatoire) :

Évaluation de la communication et de la fonction oro-pharyngo-laryngée en contexte de :

Délais visés

**Priorité 1 : URGENTE**

PEC  
≤ 24-48 h

- Dysphagie\*
- Clientèle AVC - dépistage positif
- Autres clientèles actuellement NPO sans soutien nutritionnel entéral ou parentéral
- Trouble du langage et de la communication - Clientèle AVC
- Chirurgie de novo ayant un impact sur la fonction oro-pharyngo-laryngée
- Trachéotomie
- Laryngectomie
- Autre : \_\_\_\_\_

**Priorité 2 : ÉLEVÉE**

PEC  
≤ 3 jours

- Dysphagie\* en lien avec l'épisode de soins
- Clientèle NPO avec soutien nutritionnel entéral ou parentéral en cours
- Clientèle PO
- Trouble de la communication en lien avec l'épisode de soins ou pour déterminer l'orientation
- Trouble du langage ou cognitivo-communicationnel (lié à une maladie neurodégénérative en phase aiguë)
- Trouble de la parole (ex : dysarthrie)
- Trouble de la voix (ex : dysphonie)

**Autre motif :**

**\*Précisions pour la PEC de la dysphagie en orthophonie:**

- Symptômes nouvellement dépistés par pt/famille/équipe (ex: toux aux repas, sensation de blocage, pneumonies à répétition...)
- Conditions dégénératives avec progression de la maladie (ex: démences, MPOC, SLA, SEP...)
- Dysphagie connue mais détériorée et exacerbant le portrait médical

**N. B. : Pas de PEC si dysphagie connue et/ou sévère avec acceptation des risques d'aspiration par pt/famille**

**Informations supplémentaires :**

Date et heure :

Signature du référent :

# Permis :

**Réponse du professionnel :**

- PEC effectuée par le professionnel
- Non PEC : (ex : révision par caucus, référence externe, refus du patient...) :

Date : \_\_\_\_\_ Par : \_\_\_\_\_ # Permis : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

