

Le Centre de répartition des demandes de services (CRDS) a été mis en place afin d'améliorer l'accès aux services spécialisés pour les usagers, en soutenant les médecins de famille dans leurs références vers des services spécialisés.

Votre collaboration est essentielle pour répondre aux besoins des médecins de famille et usagers.

Procédure

Télécopier rapidement les demandes de consultation dûment complétées au CRDS montréalais : 514 732-5121

Le CRDS montréalais enverra un accusé de réception de la demande de consultation au médecin de famille.

Par la suite, le CRDS acheminera une confirmation précisant la date, le lieu du rendez-vous ainsi que le nom du médecin spécialiste.

NE PAS AJOUTER DE PAGE DE PRÉSENTATION AUX DEMANDES DE CONSULTATION TÉLÉCOPIÉES

Demande de consultation (exemple)

Santé et Services sociaux Québec

DT9206

CONSULTATION EN OPHTALMOLOGIE

Attention : Consulter les alertes cliniques au verso 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"/> Œil rouge douloureux : kératite, uvéïte	A <input type="checkbox"/> Rétinopathie diabétique documentée (Prérequis : joindre le rapport de l'ophtalmiste)
<input type="checkbox"/> Corps flottant du vitré avec flash aigu récent (de moins de 7 jours)	A <input type="checkbox"/> Usager connu pour glaucome (Prérequis : joindre résultat pression oculaire et la médication)
<input type="checkbox"/> Sidérose résiduelle cornéenne (Prescrire pomnade antibiotique GID)	A <input type="checkbox"/> Dégénérescence maculaire documentée (Prérequis : joindre résultat d'acuité visuelle)
<input type="checkbox"/> Corps étranger de la cornée n'ayant pu être retiré (Prescrire pomnade antibiotique GID)	A <input type="checkbox"/> Avec baisse d'acuité récente
<input type="checkbox"/> Conjonctivite réfractaire au traitement depuis plus de 2 semaines	B <input type="checkbox"/> Avec baisse d'acuité > 3 mois
<input type="checkbox"/> Zona ophtalmique avec atteinte oculaire et œil rouge et/ou baisse de vision (Prérequis : débiter traitement antiviral et joindre résultat acuité visuelle)	B <input type="checkbox"/> Cataracte documentée et symptomatique
<input type="checkbox"/> Diplopie isolée récente constante sans autre atteinte neurologique	B <input type="checkbox"/> Lésions palpébrales <input type="checkbox"/> D'allure maligne
<input type="checkbox"/> Ptose unilatérale récente de moins d'un mois	B <input type="checkbox"/> D'allure bénigne
<input type="checkbox"/> Baisse récente de vision unilatérale de moins d'un mois (excluant les troubles de réfraction) (Prérequis : joindre résultat acuité visuelle)	C <input type="checkbox"/> Chalazion significatif
	<input type="checkbox"/> Reflet blanc (leucocorie) chez l'enfant
	<input type="checkbox"/> Strabisme chez l'enfant de 8 mois à 5 ans <input type="checkbox"/> Déviation aiguë et constante
	<input type="checkbox"/> Déviation intermittente
	<input type="checkbox"/> Dacryocystite persistante chez un enfant de plus de 12 mois

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

Renseignements cliniques pertinents (joindre médication, rapport optométriste)

Besoins spéciaux :

Identification du médecin référent et du point de service

Nom du médecin référent	N° de permis	Estampe
Ind. rég.	N° de poste	
Numéro de téléphone	Ind. rég.	N° de télécopieur
Nom de la clinique		

Signature _____ Date (année, mois, jour)

Référence nominative (si requis) : Si vous détenez une référence à un médecin ou une clinique en particulier

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

Si déjà connu, nom de l'ophtalmologiste traitant : _____

Si non connu, nom de l'ophtalmologiste traitant : _____

Si non connu, nom de l'ophtalmologiste traitant : _____

Acheminer le formulaire au numéro : _____

AN 361 DT9206 (2016-06) CONSULTATION EN OPHTALMOLOGIE DOSSIER DE L'USAGER

Pour toute question, communiquez avec le CRDS montréalais
 Téléphone : 514 762-CRDS (2737)
 Courriel : crdsmontreal.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca
 Télécopieur : 514 732-5121

Le Centre de répartition des demandes de services (CRDS) a été mis en place afin d'améliorer l'accès aux services spécialisés pour les usagers, en soutenant les médecins de famille dans leurs références vers des services spécialisés.

Le CRDS assurera la prise de rendez-vous pour les usagers :

En cabinet :

Le CRDS communiquera avec vous par téléphone ou télécopieur.

En établissement public (cliniques externes) :

Le CRDS saisira directement dans le logiciel de rendez-vous, à même les plages horaires dédiées au CRDS, le rendez-vous de l'utilisateur avec le médecin spécialiste.

Le CRDS communiquera avec l'utilisateur pour l'informer de l'heure, la date, le lieu de son rendez-vous, ainsi que les coordonnées du médecin spécialiste qui le recevra en consultation.

Quoi faire en cas :

1. D'absence de l'utilisateur au rendez-vous?

Communiquer avec l'utilisateur et lui trouver un nouveau rendez-vous au moyen des plages horaires dédiées au CRDS et, dans la mesure du possible, à l'intérieur des délais prescrits selon la condition clinique de l'utilisateur. Si aucun rendez-vous n'est disponible, retourner la requête au CRDS.

2. D'annulation du rendez-vous par l'utilisateur?

Procéder selon les mécanismes déjà en place dans votre cabinet ou centrale de rendez-vous.

3. De modification du rendez-vous par l'utilisateur?

Trouver un nouveau rendez-vous au moyen des plages horaires dédiées au CRDS et, dans la mesure du possible, à l'intérieur des délais prescrits selon la condition clinique de l'utilisateur. Si aucun rendez-vous n'est disponible, retourner la requête au CRDS.

4. D'annulation ou modification du rendez-vous par l'établissement ou le cabinet?

Communiquer avec l'utilisateur et lui trouver un nouveau rendez-vous à l'intérieur des délais prescrits selon la condition clinique de l'utilisateur. Communiquer la date du nouveau rendez-vous au CRDS. Si aucun rendez-vous n'est disponible, retourner la requête au CRDS.

Pour toute question, communiquez avec le CRDS montréalais
Téléphone : 514 762-CRDS (2737)
Courriel : crdsmontreal.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca
Télécopieur : 514 732-5121