

# 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









## 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"/>					
<b>Autre</b> (utiliser cette section pour modifier une priorité ou pour tout autre raison de consultation et justifier) :					
<b>Renseignements cliniques pertinents</b> (joindre rappo					
<b>Besoins spéciaux :</b>					
<b>Identification du médecin référent et du point de service</b>					
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					
<b>Signature</b>				Date (année, mois, jour)	
<b>Médecin de famille :</b> <input type="checkbox"/> Idem au médecin référent <input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille					
Nom du médecin de famille				<b>Référence nominative (si requis)</b>	
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





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			

**CONSULTATION EN XXXXXXXXXXXXX**

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

<b>Raison de consultation</b>		<b>Échelle de priorité clinique : A : ≤ 3 j</b>		<b>B : &gt; 3 j</b>	
<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"/>	
<b>Autre</b> (utiliser cette section pour modifier une priorité ou pour tout autre raison de consultation et justification)					
<b>Renseignements cliniques pertinents</b>					
<b>Besoins spéciaux :</b>					
<b>Identification du médecin référent et du point de service</b>					
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					
<b>Signature</b>				Date (année, mois, jour)	
<b>Médecin de famille :</b> <input type="checkbox"/> Idem au médecin référent <input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille					
Nom du médecin de famille			Est		
Nom du point de service			<b>Référence nominative (si requis)</b>		
Si vous désirez une référence à un médecin ou à un point de service en particulier					

**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...



















### 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"/>					
<b>Autre</b> (utiliser cette section pour modifier une priorité ou pour tout autre raison de consultation et justifier) :					
<b>Renseignements cliniques pertinents</b> (joindre rappo					
<b>Besoins spéciaux :</b>					
<b>Identification du médecin référent et du point de service</b>					
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			<b>Référence nomin</b>		
Nom du point de service			Si vous désirez une référé point de service en particu		

**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





### 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"/>					
<b>Autre</b> (utiliser cette section pour modifier une priorité ou pour tout autre raison de consultation et justifier) :					
<b>Renseignements cliniques pertinents</b> (joindre rapports)					
<b>Besoins spéciaux :</b>					
<b>Identification du médecin référent et du point de service</b>					
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					
<b>Signature</b>				Date (année, mois, jour)	
<b>Médecin de famille :</b> <input type="checkbox"/> Idem au médecin référent <input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille					
<b>Référence nominative (si requis)</b>					
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					

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.	
<b>Identification de l'utilisateur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inscrire le numéro de téléphone qui permettra au Centre de répartition des demandes de service (CRDS) de confirmer le rendez-vous (RV).</li> <li>Inscrire le code postal afin de permettre de donner un RV à proximité du domicile de l'utilisateur.</li> </ul>
<b>Raison de consultation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cocher la raison de consultation.</li> <li>Sinon inscrire la raison de consultation non prévue au formulaire dans la case « Autre » et préciser la priorité clinique.</li> </ul>
<b>Priorité clinique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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 informés de la date de la consultation devant être respectée.</i></li> </ul>
<b>Renseignements cliniques pertinents</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inscrire toute autre information sur la priorité clinique ou sa modification.</li> <li>Acheminer (rapports ou analyses) nécessaires pour la consultation.</li> <li>Joindre la liste de médicaments.</li> <li>Besoins spéciaux : Inscrire les besoins particuliers tels que : interprète, déplacement en fauteuil roulant ou autre.</li> </ul>
<b>Identification du médecin référent et du point de service</b>	Remplir cette section afin que le rapport de consultation vous soit acheminé au bon point de service.
<b>Référence nominative</b>	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.
<b>Formulaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acheminer par télécopieur le formulaire à votre CRDS.</li> <li>Ne pas remettre de copie du formulaire à l'utilisateur.</li> </ul>

Verso

Alertes cliniques (liste non exhaustive)
<b>Diriger l'utilisateur à l'urgence</b>

Instructions  
générales sur  
chacune des  
sections du  
formulaire

Complétion du formulaire	
Ce formulaire doit être utilisé pour la clientèle de 16 ans et plus.	
<b>Identification de l'utilisateur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inscrire le numéro de téléphone qui permettra au Centre de répartition des demandes de service (CRDS) de confirmer le rendez-vous (RV).</li> <li>Inscrire le code postal afin de permettre de donner un RV à proximité du domicile de l'utilisateur.</li> </ul>
<b>Raison de consultation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cocher la raison de consultation.</li> <li>Sinon inscrire la raison de consultation non prévue au formulaire dans la case « Autre » et préciser la priorité clinique.</li> </ul>
<b>Priorité clinique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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></li> </ul>
<b>Renseignements cliniques pertinents</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inscrire toutes les informations justifiant la priorité clinique ou sa modification.</li> <li>Acheminer au CRDS tous les prérequis (rapports ou analyses) nécessaires pour la consultation.</li> <li>Joindre la liste de médicaments.</li> <li>Besoins spéciaux : Inscrire les besoins particuliers tels que : interprète, déplacement en fauteuil roulant ou autre.</li> </ul>
<b>Identification du médecin référent et du point de service</b>	Remplir cette section afin que le rapport de consultation vous soit acheminé au bon point de service.
<b>Référence nominative</b>	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.
<b>Formulaire</b>	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"> <li>Inscrire le numéro de téléphone qui permettra au Centre de répartition des demandes de service (CRDS) de confirmer le rendez-vous (RV).</li> </ul>
<p><b>Alertes cliniques à titre indicatif</b></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"> <li>Acheminer par télécopieur le formulaire à votre CRDS.</li> <li>Ne pas remettre de copie du formulaire à l'utilisateur.</li> </ul>
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 consulter 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