

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke

Québec 

Direction des ressources informationnelles
et des technologies

S  **FIR** Service d'Acheminement
de Formulaires
Informatisés
et suivis de Requêtes

GUIDE DE FORMATION / RÉFÉRENCE

Accès priorisé aux services spécialisés (APSS) - Accès web par référents
Mise à jour : 30 octobre 2023

CONFIDENTIEL

Toute reproduction partielle ou totale du présent document pour des fins autres que le présent contrat est interdite sans l'autorisation écrite de l'organisme public.

Production

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie –
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
295, rue Olivier
Sherbrooke (Québec) J1H 1X4

Téléphone : 819 829-3400

Télécopieur : 819 829-2915

Rédaction

Direction des ressources informationnelles et des technologies

Révision

Direction des ressources informationnelles et des technologies

HISTORIQUE DES VERSIONS

Version	Date	Auteur	Commentaires
0.1	2023-08-01	Sabrina Audet	Rédaction initiale
0.2	2023-08-02	Richard Gagnon	Révision
0.3	2023-08-03	Pierre Cloutier	Révision
1.0	2023-08-03	Sabrina Audet	Version révisée
1.1	2023-10-23	Sabrina Audet	Ajustements mineurs
1.2	2023-10-30	Richard Gagnon	Ajustements soutien technique et autres

TABLE DES MATIÈRES

HISTORIQUE DES VERSIONS.....	III
TABLE DES MATIÈRES.....	IV
ACRONYMES.....	V
QU'EST-CE QUE SAFIR?	1
INTRODUCTION	2
OBJECTIF DU DOCUMENT	2
PORTÉE	2
AUDITOIRE CIBLE.....	2
PROCESSUS D'ÉVOLUTION DU CONTENU/GOUVERNANCE	2
MISE EN CONTEXTE ET PRÉSENTATION DE SAFIR.....	3
CRÉATION D'UN COMPTE	4
STRUCTURE DES FORMULAIRES	6
SECTION 1 – IDENTIFICATION DU PATIENT.....	7
SECTION 2 – RAISON DE CONSULTATION ET RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	8
SECTION 3 – IDENTIFICATION DU RÉFÉRENT ET DU MÉDECIN DE FAMILLE.....	9
PROCÉDURES	10
CRÉER UNE DEMANDE DE CONSULTATION	10
CHOISIR UNE RAISON DE CONSULTATION.....	11
AJOUT DE PRÉREQUIS DE TYPE JUSTIFICATION.....	12
AJOUT DE PRÉREQUIS – RAPPORT/DOCUMENT À JOINDRE	12
SUPPRESSION DE PRÉREQUIS – RAPPORT/DOCUMENT À JOINDRE	13
MODIFICATION DE LA PRIORITÉ.....	14
MODIFICATION ET MISE À JOUR D'UNE DEMANDE	15
IMPRIMER LA REQUÊTE EN PDF	15
RETROUVER ET SUIVRE UNE REQUÊTE ENVOYÉE AU CRDS	15
ANNULATION D'UNE DEMANDE.....	16
ERREURS LORS DE L'ENVOI AU CRDS.....	16
ÉTATS D'UNE DEMANDE.....	17
PROCESSUS D'ACHEMINEMENT.....	18
SOUTIEN DISPONIBLE	18

ACRONYMES

AMM	Aide médicale à mourir
APSS	Accès priorisé aux soins spécialisés
CIUSSS de l'Estrie - CHUS	Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CN	Conseil numérique
CRDS	Centre de répartition des demandes de services
DMÉ	Dossier médical électronique
DRIT	Direction des ressources informationnelles et des technologies du CIUSSS de l'Estrie - CHUS
GMF	Groupe de médecine familiale
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NAM	Numéro d'assurance maladie
SAFIR	Service d'acheminement de formulaires informatisés et de suivi de requêtes

QU'EST-CE QUE SAFIR?

SAFIR (**S**ervice d'**A**cheminement de **F**ormulaires Informatisés et suivis de **R**equêtes) est un outil permettant l'informatisation de processus d'affaires élaborés par ses clients au MSSS. L'équipe compte 19 personnes qui travaillent soit dans son équipe affaire ou dans l'équipe développement.

SAFIR s'est vu confié des actifs par le MSSS dès 2017, avec l'Accès Prioritaires aux Services Spécialisés (APSS) pour laquelle SAFIR a développé 26 formulaires de demandes de service en français et en anglais, en conformité avec les besoins exprimés par les équipes du MSSS. SAFIR collabore constamment avec le MSSS pour la mise à jour de ces formulaires.

En plus de l'APSS, SAFIR a développé et supporte les formulaires associés au Conseil numérique (CN), à l'Avis de grossesse (AG), à l'Aide Médicale à Mourir (AMM) et à l'imagerie médicale pour un total de 5 actifs provinciaux confiés.

L'accès aux formulaires d'APSS n'étaient jusqu'à présent possible que par le biais d'un DMÉ dans les établissements du réseau ou les cliniques privées. Certaines cliniques n'ayant pas de DMÉ, les demandes devaient être faites par télécopieur et étaient par la suite recopiées par le personnel des CRDS. Voici maintenant que l'accès aux formulaires de SAFIR est disponible par le web pour que les médecins de famille et IPS puissent faire leur demande directement sur un formulaire acheminé électroniquement aux CRDS. Ces mêmes personnes pourront, très prochainement, suivre le cycle de leur demande à mesure qu'elles passent d'un état à l'autre jusqu'à ce qu'un rendez-vous leur soit attribué.

Un bottin des professionnels de la santé a été constitué avec tous les comptes créés et répertorié à ce jour plus de 696 médecins spécialistes, 10 608 médecins de famille et 1 003 Infirmières praticiennes spécialisées. Il n'y a donc plus de nécessité d'entrer toutes les informations nominatives dans la partie identification du référent dans le formulaire.

INTRODUCTION

OBJECTIF DU DOCUMENT

Ce document a pour objectif de soutenir le personnel référent sans DMÉ pour la documentation et la gestion des demandes de consultation dans la solution du service d’acheminement de formulaires informatisés et de suivi de requêtes (SAFIR) via un accès web à APSS.

PORTÉE

La portée du document se limite à l’utilisation et au fonctionnement de SAFIR pour les référents qui se connecte via un accès web, et non via un Dossier médical électronique (DMÉ).

AUDITOIRE CIBLE

Ce document s’adresse aux parties prenantes suivantes :

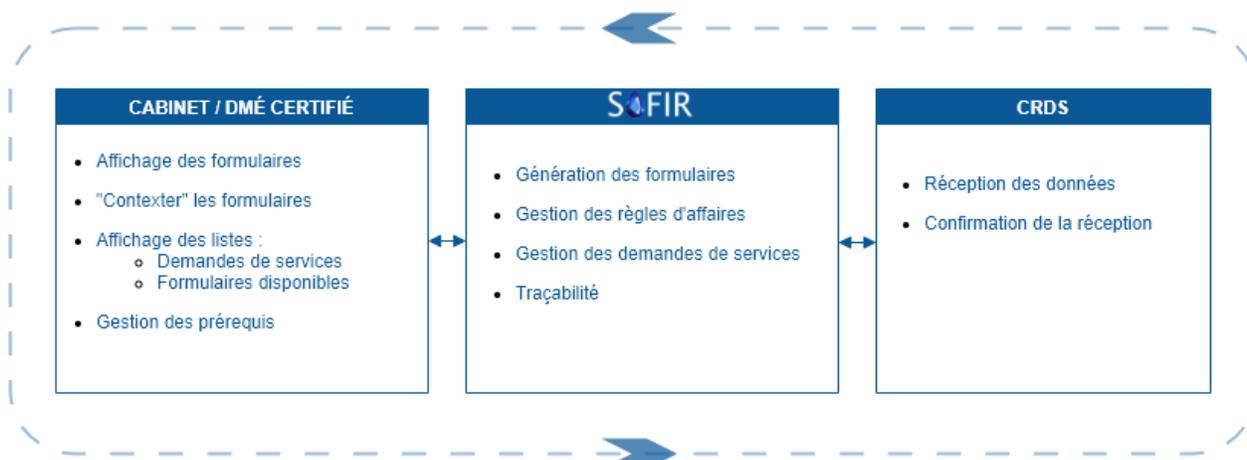
- Médecin de famille
 - Infirmière praticienne spécialisée
-

PROCESSUS D’ÉVOLUTION DU CONTENU/GOUVERNANCE

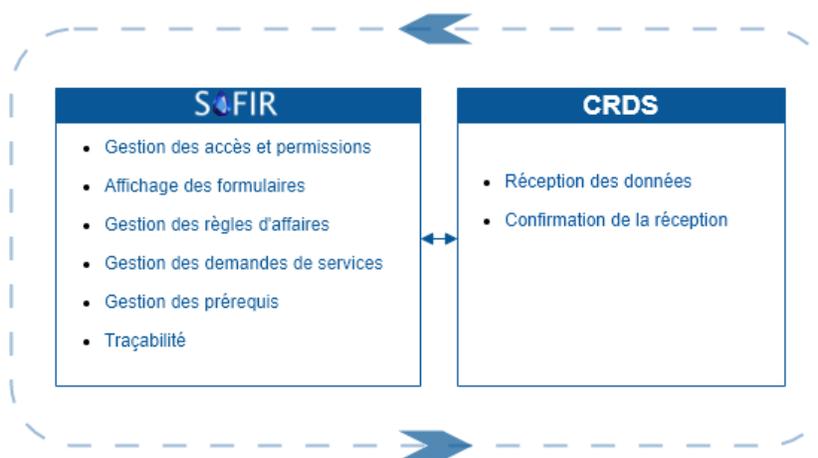
Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mandaté le Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de l’Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l’Estrie – CHUS) pour la mise en place de la présente solution. De ce fait, la responsabilité de la mise à jour de ce document appartient au CIUSSS de l’Estrie – CHUS.

MISE EN CONTEXTE ET PRÉSENTATION DE SAFIR

SAFIR a initialement été développé pour se positionner entre les cabinets utilisant un DMÉ certifié et les CRDS. À l'intérieur de ce contexte, la plateforme SAFIR gère les formulaires, la conformité administrative et aiguille les demandes de services afin de les acheminer au bon CRDS associé.



Cependant, les référents n'ayant pas accès à un DMÉ ne pouvaient donc pas bénéficier des avantages qu'offre les formulaires informatisés de l'APSS via SAFIR. C'est pourquoi une formule web de création de requêtes APSS a été développée, permettant aux médecins de famille et aux IPS sans DMÉ de transmettre plus efficacement les demandes en soins spécialisés pour leurs patients aux CRDS. Au sein de ce document, le terme "Référént" englobe les médecins de famille ainsi que les IPS.



CRÉATION D'UN COMPTE

Pour accéder à SAFIR Web vous devez tout d'abord avoir un compte. Pour faire une demande de création de compte, il vous faut vous adresser par courriel au Centre de service de la Direction générale des technologies de l'information (DGTI) du MSSS à l'adresse suivante :

00_centre_de_services_msss@ssss.gouv.qc.ca

Le Centre de services de la DGTI pourra aussi répondre à toutes questions techniques ou vous réferez au bon endroit pour des questions de nature plus clinique.

Les informations requises qui vous seront demandées sont les suivantes :

- Nom, prénom
- Numéro de permis de votre ordre
- Numéro de permis à la RAMQ
- Numéro de téléphone
- Numéro de télécopieur
- Adresse courriel
- Nom de la clinique principale à laquelle vous êtes attachés

Veillez noter que seules les adresses .med pour les médecins et une adresse du réseau de la santé pour les IPS sont admissibles. Si vous n'avez pas d'adresse .med pour les médecins ou d'adresse ssss.gouv.qc.ca pour les IPS, vous pouvez également en faire la demande au Centre de services de la DGTI

00_centre_de_services_msss@ssss.gouv.qc.ca

Une fiche au **Bottin des professionnels de la santé** sera automatiquement créée et vous n'aurez plus à entrer vos informations manuellement. Un courriel de notification vous sera automatiquement envoyé vous invitant à créer un mot de passe. Vous aurez 14 jours pour créer votre mot de passe.

Voyons maintenant comment accéder à votre fiche au bottin pour la modifier au cas où des informations deviendraient périmées. Une fois un compte créé, on accède à SAFIR web à travers le lien suivant:

<https://www.safir.ctip.ssss.gouv.qc.ca/>

Pour visualiser vos informations, vous devrez ouvrir le portail "Mes informations" au bas dans le menu de gauche et cliquer sur "actif" à gauche de votre nom. Une fois la fiche ouverte, vous pourrez modifier les informations qui y sont contenues. Vous ne pouvez cependant pas modifier les applications auxquelles vous avez accès.

Accès

 APSS Conseil Numérique

Médecin de famille

Dernière connexion le 2023-08-01 09:37:49.941928

Nom de famille *	Prénom *	N° de permis RAMQ *	N° de permis de l'ordre *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone professionnel *	Poste	Télécopieur *	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Courriel où seront acheminés les notifications *			
<input type="text"/>			

Clinique principale de la ressource

CLINIQUE DE PHYSIOTHERAPIE DU CEGEP DE SHERBROOKE - 1094902

Adresse: 355, Rue du Cégep, Sherbrooke, J1E3X7

Tel: 819-566-7192

Région: 05 - Estrie

Courriel pour l'authentification:

Régions de pratique *

- 01 - Bas-Saint-Laurent
- 02 - Saguenay - Lac-Saint-Jean
- 03 - Capitale-Nationale
- 04 - Mauricie et Centre-du-Québec
- 05 - Estrie
- 06 - Montréal
- 07 - Outaouais
- 08 - Abitibi-Témiscamingue
- 09 - Côte-Nord
- 10 - Nord-du-Québec

STRUCTURE DES FORMULAIRES

La structure de tous les formulaires APSS est toujours la même peu importe la spécialité, et se divise en trois grandes sections. La première section consiste en l'identification de l'utilisateur. Par défaut, les champs sont vides et peuvent être saisis manuellement. Ceci étant dit, si le patient a déjà été référé pour une consultation spécialisée (Conseil numérique ou APSS) par le passé, il est possible de remplir automatiquement ses informations personnelles en recherchant son NAM dans la base de données. La seconde section présente les raisons de consultation et les renseignements cliniques pertinents. C'est d'ailleurs la seule section dont le contenu varie selon la spécialité sélectionnée. La dernière section englobe l'identification du médecin référent ainsi que les informations du médecin de famille. Les informations du référent et de sa clinique sont préremplies en fonction des détails de sa fiche dans le Bottin des professionnels de la santé.

Demande de consultation en chirurgie générale adulte État : En rédaction

Attention : Consulter les alertes cliniques [ici](#) et favoriser les protocoles de l'Accueil clinique (si disponible) avant de remplir ce formulaire.

NAM à rechercher

Nom de famille de l'utilisateur *	<input type="text"/>	Prénom de l'utilisateur *	<input type="text"/>
Numéro assurance maladie	<input type="text"/>	Expiration (AAMM)	<input type="text"/>
Justification absence NAM *	<input type="text"/>		
Date de naissance (AAAA-MM-JJ) *	<input type="text"/>	Sexe *	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M <input type="radio"/> I
Numéro de téléphone 1 *	<input type="text"/>	Numéro de poste 1	<input type="text"/>
Numéro de téléphone 2	<input type="text"/>	Numéro de poste 2	<input type="text"/>
Nom de famille de la mère	<input type="text"/>	Prénom de la mère	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	Ville	<input type="text"/>
Code postal non présent	<input type="checkbox"/> Inconnu	Code postal *	<input type="text"/>
Courriel	<input type="text"/>	Comment rejoindre l'utilisateur	<input type="text"/>

Raison de consultation ? **Pour les consultations de priorité A (≤ 3 jrs), ne pas les transmettre au CRDS ; utiliser les corridors suivants : spécialiste de garde, accueil clinique, etc.**
Échelle de priorité clinique : B : ≤ 10 jrs. C : ≤ 20 jrs. D : ≤ 3 mois. E : ≤ 12 mois

Digestifs Remplir le formulaire AH-702 Demande de coloscopie ou Accueil clinique disponible Haute suspicion de cancer colorectal basée sur l'imagerie, RIGS positif (FIT positif), diarrées chroniques/constipation chronique, rectorragies, anémie ferriprive non pronostiquée, suspicion de FEG, avis de diverticulite	Hernies
<input type="checkbox"/> Colique biliaire (un ou plusieurs épisodes) [D]	<input type="checkbox"/> Omphalique / épigastrique symptomatique [E]
<input type="checkbox"/> Diverticulite avec récidives fréquentes prouvées au TDM de contrôle X 1 [D]	<input type="checkbox"/> Inguinale symptomatique [D]
Pathologies anorectales (douleur, saignement, prurit)	<input type="checkbox"/> Fémorale symptomatique ou asymptomatique [D]
<input type="checkbox"/> Avec lésion suspecte au toucher rectal [B]	<input type="checkbox"/> Incisionnelle symptomatique [E]
<input type="checkbox"/> Sans lésion suspecte au toucher rectal [E]	
<input type="checkbox"/> Avec lésion non suspecte au toucher rectal [E]	
Saignement anorectal	Peau
<input type="checkbox"/> Coloscopie normale réalisée dans les 3 dernières années [D]	<input type="checkbox"/> Sinus pileloridial symptomatique [E]
<input type="checkbox"/> Moins de 30 ans sans antécédent familial de polyposose ou de maladie inflammatoire intestinale [D]	<input type="checkbox"/> Kyste sébacé / tumeur bénigne AVEC INTERFÉRENCE FONCTIONNELLE
	<input type="checkbox"/> Consultation [E]
	<input type="checkbox"/> Consultation et exérèse [E]
	<input type="checkbox"/> Ongle incarné [D]

Seins
Pour toute masse mammaire, anomalies radiologiques, écoulement sanguinolent ou autre changement suspect du sein référer aux services de référence pour le sein de votre région [référer](#)

Investigation révélant un carcinome [B] **B** |

Investigation révélant une anomalie autre [C] **C** |

Autre raison de consultation non standardisée au formulaire

Priorité clinique

Autres rapports

Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires ?

Besoins spéciaux

Identification du référent et du point de service ?

Nom du référent *	<input type="text"/>	Prénom du référent *	<input type="text"/>
N° de permis *	<input type="text"/>		
Le numéro de téléphone du point de service *	<input type="text"/>	Numéro de poste	<input type="text"/>
Le numéro de télécopieur *	<input type="text"/>		
Nom du point de service *	<input type="text"/>		

Médecin de famille

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

Nom du médecin de famille * |

Prénom du médecin de famille * |

Nom du point de service * |

Référence nominative (si requis) ?

Médecin ou établissement

Région où acheminer la demande

Si aucun choix n'est sélectionné, la région sera automatiquement déterminée en fonction de l'adresse et/ou du code postal du patient.

Section 1
Identification de
l'utilisateur

Section 2
Raison de
consultation et
renseignements
cliniques

Section 3
Identification du
médecin
référé et
médecin de
famille

Boutons d'action

SECTION 1 – IDENTIFICATION DU PATIENT

Lors de l'ouverture du formulaire, la première section à compléter est l'identification du patient. Comme précédemment mentionné, avant de compléter les informations manuellement, recherchez le Numéro d'assurance maladie (NAM) du patient dans la zone 4 indiqué ci-bas. Les informations seront ainsi remplies automatiquement en fonction de la dernière demande de consultations en médecine spécialisée pour le patient en question. Si le patient n'a jamais consulté en médecine spécialisée, il sera nécessaire de saisir les informations manuellement pour la première fois.

The screenshot shows a web form titled "Demande de consultation en chirurgie générale adulte" with a status of "État : En rédaction". A red alert box at the top states: "Attention : Consulter les alertes cliniques [icône] et favoriser les protocoles de l'Accueil clinique (si disponible) avant de remplir ce formulaire." Below this is a search section for "NAM à rechercher" with the value "AAAA99999999" and a "Rechercher" button. The main form contains several fields: "Nom de famille de l'utilisateur *" (Smith), "Prénom de l'utilisateur *" (John), "Numéro assurance maladie" (AAAA01010101), "Expiration (AAMM)" (2401), "Date de naissance (AAAA-MM-JJ) *" (1981-08-01), "Sexe *" (M selected), "Numéro de téléphone 1 *" (819-819-8198), "Numéro de poste 1", "Numéro de téléphone 2", "Numéro de poste 2", "Nom de famille de la mère", "Prénom de la mère", "Adresse", "Ville", "Code postal non présent" (Inconnu), "Code postal *" (J1H 1X4), "Courriel", and "Comment rejoindre l'utilisateur".

- 1 Les champs obligatoires sont identifiés par une étoile rouge *. Ces champs doivent être documentés pour que la demande puisse être acheminée au CRDS.
- 2 Les alertes cliniques présentes à l'endos du formulaire papier sont accessibles par ce bouton.
- 3 Les boutons avec un point d'interrogation ? permettent d'afficher une fenêtre d'aide concernant la section. Les informations ainsi présentées se retrouvaient à l'endos du formulaire papier.
- 4 Inscrire le NAM du patient et cliquer sur « Rechercher ». Si le patient a précédemment consulté en médecine spécialisée (APSS et conseil numérique), ses informations seront automatiquement complétées.
- 5 État actuel de la demande. Les différents états possibles sont présentés à la section « États d'une demande ».
- 6 Si l'utilisateur ne réside pas au Québec ou n'a pas de code postal, l'option « Inconnu » doit être sélectionnée.
- 7 Un format est imposé pour les dates et les numéros de téléphone
 - Date : AAAA-MM-JJ
 - Téléphone : 111-111-1111
- 8 En cas d'absence d'un numéro d'assurance maladie (NAM), un menu déroulant apparaît afin de choisir une raison justificative.

Numéro assurance maladie	<input type="text"/>
Justification absence NAM *	Expirée ou jamais demandée

SECTION 2 – RAISON DE CONSULTATION ET RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

1

Raison de consultation ? Échelle de priorité clinique : A : ≤ 3 jrs B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois

DRS/Angine

+ Troubles du rythme

+ MCAS

+ Syncope

+ Dyspnée/ Insuffisance cardiaque

+ Valvulopathie

2

Autre raison de consultation

Priorité clinique

3

5 → Autres rapports

Renseignements cliniques pertinents ?

4

Besoins spéciaux

1	Permet de visualiser les raisons de consultation sous cette catégorie.
2	Les raisons de consultation ont été regroupées par grandes catégories pour certains formulaires. Bien que le visuel soit différent, les raisons de consultation présentées ici sont les mêmes que celles sur le formulaire papier.
3	Ce champ est utilisé uniquement pour y inscrire une raison de consultation qui serait absente de la liste proposée par le formulaire. Bien que la priorité clinique ne comporte pas d'étoile rouge *, celle-ci est obligatoire pour pouvoir acheminer votre demande au CRDS.
4	Dans la section des renseignements cliniques pertinents, la justification du changement de priorité et les prérequis n'ont plus à y être inscrits. De nouveaux champs ont été ajoutés pour répondre spécifiquement à ces deux éléments.
5	Les documents autres que des prérequis attachés à la demande, seront affichés à cet endroit. Il est également possible de joindre des documents à une demande qui ne seraient pas des prérequis.

SECTION 3 – IDENTIFICATION DU RÉFÉRENT ET DU MÉDECIN DE FAMILLE

Identification du référent et du point de service ?			
Nom du référent *	<input type="text"/>	Prénom du référent *	<input type="text"/>
N° de permis *	<input type="text"/>	Numéro de poste	<input type="text"/>
Le numéro de téléphone du point de service *	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Le numéro de télécopieur *	<input type="text"/>		
Nom du point de service *	<input type="text"/>		
Médecin de famille			
Médecin de famille	<input type="radio"/> Idem au médecin référent <input type="radio"/> Usager sans médecin de famille		
Nom du médecin de famille *	<input type="text"/>		
Prénom du médecin de famille *	<input type="text"/>		
Nom du point de service *	<input type="text"/>		
Référence nominative (si requis) ?			
Médecin ou établissement	<input type="text"/>		
Région où acheminer la demande <small>Si aucun choix n'est sélectionné, la région sera automatiquement déterminée en fonction de l'adresse et/ou du code postal du patient.</small>	<input type="text"/>		
<input type="button" value="À compléter"/> <input type="button" value="Envoyer au CRDS"/>			

- | | |
|---|--|
| 1 | Lorsqu'un référent rédige la demande, cette section est préremplie par les informations provenant de l'enregistrement du référent dans le Bottin des professionnels de la santé. Voir la section "Bottin des professionnels de la santé" pour plus d'informations. |
| 2 | Le référent peut soit : (a) indiquer manuellement les informations relatives au médecin de famille du patient, (b) indiquer que le médecin référent est le médecin de famille du patient, ou encore (c) indiquer que le patient n'a pas de médecin de famille. |
| 3 | Le rôle de ces champs est le même que pour la version papier, soit de personnaliser l'aiguillage de la requête au CRDS. |
| 4 | Les boutons d'actions possibles s'affichent tout en bas du formulaire. |

PROCÉDURES

CRÉER UNE DEMANDE DE CONSULTATION

Pour créer une nouvelle demande de consultation, il faut aller dans le menu “Créer” dans la bannière du haut. En appuyant sur “Créer” (1), la liste des formulaires APSS pour chacune des spécialités s’afficheront en ordre alphabétique dans les deux langues. Il est possible de rechercher par mots clés dans la liste afin d’accélérer la navigation (2). Il suffit de cliquer sur un formulaire pour l’ouvrir et démarrer la saisie (3).



CHOISIR UNE RAISON DE CONSULTATION

Pour certains formulaires, il est nécessaire d'agrandir la catégorie en cliquant sur le bouton  et cocher la raison appropriée pour choisir une raison de consultation (voir exemple 1 ci-bas). Pour d'autres formulaires, les raisons ne sont pas regroupées par catégorie. Le bouton  est alors absent et vous pourrez cocher directement le choix souhaité (voir exemple 2 ci-bas).

 **Notez qu'une seule raison de consultation peut être sélectionnée par demande de services. C'est pourquoi, dès que vous en sélectionnez une, les autres raisons n'apparaissent plus à l'écran.**

Exemple 1 – Raisons de consultations regroupées sous les catégories

Raison de consultation ?		Échelle de priorité clinique : A : ≤ 3 jrs B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois	
+ DRS/Angine			
+ Troubles du rythme			
- MCAS			
<input type="checkbox"/>	Suivi post infarctus de moins d'un an [D]	Priorité associée à la raison de consultation	D
<input type="checkbox"/>	Suivi post infarctus de plus d'un an [E]		E
<input type="checkbox"/>	MCAS sans événement récent [E]		E

Exemple 2 – Raisons de consultations disponibles directement

Raison de consultation ?		Pour les consultations de priorité A (≤ 3 jrs), ne pas les transmettre au CRDS Échelle de priorité clinique : B : ≤ 10 jrs, C : ≤ 28 jrs, D : ≤ 3 mois, E : ≤ 12 mois	
Digestifs			
Remplir le formulaire AH-702 Demande de coloscopie ou Accueil clinique disponible Haute suspicion de cancer colorectal basée sur l'imagerie, RSOSi positif (FIT positif), diarrhées chronique/constipation chronique, rectorragie, anémie ferriprive non gynécologique, suspicion de MII, suivi de diverticulite.			
<input type="checkbox"/>	Colique biliaire (un ou plusieurs épisodes) [D]	Priorité associée à la raison de consultation	D
<input type="checkbox"/>	Diverticulite avec récurrences fréquentes prouvées au TDM de contrôle X 1 [D]		D
Pathologies anorectales (douleur, saignement, prurit)			
<input type="checkbox"/>	Avec lésion suspecte au toucher rectal [B]		B
<input type="checkbox"/>	Sans lésion suspecte au toucher rectal [E]		E
<input type="checkbox"/>	Avec lésion non suspecte au toucher rectal [E]		E
Saignement anorectal			
<input type="checkbox"/>	Coloscopie normale réalisée dans les 3 dernières années [D]		D
<input type="checkbox"/>	Moins de 30 ans sans antécédent familial de polypose ou de maladie inflammatoire intestinale [D]		D

AJOUT DE PRÉREQUIS DE TYPE JUSTIFICATION

Lorsqu'un préalable de type « justification » est demandé, vous n'avez qu'à utiliser le champ se trouvant immédiatement sous la mention « **Prérequis : justifier** » pour amener des précisions.

Raison de consultation ?		Échelle de priorité clinique : A : ≤ 3 jrs B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois	
- MCAS ↓			
<input checked="" type="checkbox"/> Suivi post infarctus de plus d'un an [E]	Prérequis : justifier ←		E
<input type="text"/>			

AJOUT DE PRÉREQUIS – RAPPORT/DOCUMENT À JOINDRE

Il est possible de joindre les rapports avant l'envoi au CRDS, ce que nous recommandons fortement pour faciliter l'analyse de la demande par le personnel clinique du CRDS. Cependant, il est aussi possible d'envoyer les rapports une fois la demande de service acheminée. Le CRDS sera informé et recevra les modifications apportées.

Lorsque l'information demandée se retrouve dans le DSQ ou lorsque l'examen a été prescrit, mais non réalisé, vous devez cocher la case correspondante; il ne sera pas nécessaire de joindre ces prérequis à la demande.

Rapport CRP	<input checked="" type="checkbox"/> Résultats disponibles au DSQ <input type="checkbox"/> Examens prescrits à réaliser
-------------	--

SUPPRESSION DE PRÉREQUIS – RAPPORT/DOCUMENT À JOINDRE

Pour supprimer un prérequis que vous avez joint précédemment, vous n'avez qu'à ouvrir la requête en question et cliquer sur le bouton « X ».

Raison de consultation ? Échelle de priorité clinique : A : ≤ 3 Jrs B : ≤ 10 Jrs C : ≤ 28 Jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois

Perturbations du bilan hépatique

ALT entre 201 – 500 UI et INR normal [B]
(Prérequis : FSC, créatinine, albumine et bilan hépatique < 3 mois) ← 1

Modifier la priorité

Prérequis

Bilan hépatique < 3 mois	<input type="checkbox"/> Résultats disponibles au DSQ <input type="checkbox"/> Examens prescrits à réaliser	tests2.pdf <input type="button" value="X"/>
Rapport FSC	<input type="checkbox"/> Résultats disponibles au DSQ <input type="checkbox"/> Examens prescrits à réaliser	tests.pdf <input type="button" value="X"/> ← 4
Rapport créatinine	<input checked="" type="checkbox"/> Résultats disponibles au DSQ <input type="checkbox"/> Examens prescrits à réaliser	
Rapport albumine	<input type="checkbox"/> Résultats disponibles au DSQ <input checked="" type="checkbox"/> Examens prescrits à réaliser	
Autres rapports		

2 3

1

Affiche la liste des prérequis nécessaires au traitement de la demande.

2

3

Possibilité d'indiquer au CRDS la raison de non-disponibilité d'un prérequis. Lorsqu'une de ces deux cases est cochée, SAFIR ne considère plus le prérequis comme étant manquant à la demande.

4

Liste des fichiers attachés pour ce prérequis. Vous pouvez visualiser les documents en cliquant sur le lien bleu ou les supprimer en utilisant le bouton .

MODIFICATION DE LA PRIORITÉ

Pour modifier la priorité d'une raison de consultation, vous n'avez qu'à cliquer sur le bouton « Modifier la priorité » (étape 1) et une fenêtre s'ouvrira; sélectionnez la nouvelle priorité (étape 2) et y inscrire la justification.

> Étape 1

Raison de consultation ? Échelle de priorité clinique : A : ≤ 3 jrs B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois

- Ictère / Cancer ↓

Ictère avec bilirubine totale > 60 ou > 40 avec dilatation des voies biliaires à l'échographie avec INR normal [B]
(Prérequis : joindre bilan hépatique, FSC, créatinine, albumine et INR)

Modifier la priorité ←

Autres rapports

Priorité associée à la raison de consultation

> Étape 2

Modification priorité clinique [X]

Raison de consultation	Ictère avec bilirubine totale > 60 ou > 40 avec dilatation des voies biliaires à l'échographie avec INR normal [B]
Priorité	<input type="radio"/> A <input checked="" type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D <input type="radio"/> E 1
Justifier le changement de priorité *	2

Choisir la priorité souhaitée

La justification du changement est obligatoire pour acheminer le formulaire au CRDS

3 Continuer

Applique les modifications et ferme le dialogue

> Résultat

Raison de consultation ? Échelle de priorité clinique : A : ≤ 3 jrs B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois

- Ictère / Cancer ↓

Ictère avec bilirubine totale > 60 ou > 40 avec dilatation des voies biliaires à l'échographie avec INR normal [B]
(Prérequis : joindre bilan hépatique, FSC, créatinine, albumine et INR)

Justifier le changement de priorité *
Écrire la justification ...

Modifier la priorité

Permet de remodifier la priorité

Priorité initiale associée à la raison de consultation [B]

Nouvelle priorité demandée [A]

MODIFICATION ET MISE À JOUR D'UNE DEMANDE

Il est possible de modifier une demande et soumettre la mise à jour au CRDS. Vous n'avez qu'à rouvrir un formulaire déjà envoyé au CRDS (état : Reçue CRDS). Ainsi, en cas de non-conformité clinique, ou selon la situation, vous avez la possibilité d'apporter les modifications demandées et de mettre à jour la demande.

Important : Une fois les modifications effectuées, vous devez cliquer sur le bouton « Envoyer au CRDS » afin d'enregistrer et de transmettre les changements.

IMPRIMER LA REQUÊTE EN PDF

Une demande peut toujours être imprimée, sauf si elle est dans l'état "À compléter", en cliquant sur le bouton "Imprimer" au bas du formulaire, à gauche. C'est là où se retrouve tous les boutons d'action.

Référence nominative (si requis) ?

Si vous désirez une référence à un médecin ou à un point de service en particulier

Historique

Imprimer Envoyer au CRDS Annuler la demande Impression PDF

RETROUVER ET SUIVRE UNE REQUÊTE ENVOYÉE AU CRDS

Un portail nommé "APSS – Mes demandes de consultation" permet d'obtenir la liste de toutes les requêtes de consultations demandées par le référent connecté (1). Le portail offre la possibilité de filtrer les demandes par date de création, état ou spécialité (2). De plus, il est également possible de trier les demandes à même la grille en utilisant les flèches (3).

Québec Service d'Acheminement de Formulaires Informatisés et suivis de Requêtes (SAFIR)

APSS – Mes demandes de consultation

Date de création : Plage de date État : Tous

Spécialité : Tous

Rechercher

ID	Date de création	État	NAM	Spécialité	Priorité
156024	2023-08-02 13:39:56	Reçue CRDS		Demande de consultation en hématologie et néoplasie hématologique adulte	D
156023	2023-08-02 13:38:26	Reçue CRDS		Demande de consultation en chirurgie générale adulte	E

Dès qu'une demande est envoyée à un CRDS, son état devient "En attente de réception CRDS", puis "Reçue CRSD". Pour plus d'information sur les différents états du cycle de vie d'une demande, veuillez-vous référer à la section "États d'une demande" plus bas dans ce document.

Lorsqu'une demande est reçue par le CRDS, elle peut tout de même être modifiés en cas ou des informations devrait être mise à jour. Le CRDS recevra les corrections que le référent aura apporter dans la requête.

ANNULATION D'UNE DEMANDE

Une demande peut être annulée au besoin, que ce soit avant ou après l'acheminement au CRDS. Si la demande avait déjà été acheminée, lors de l'annulation, celle-ci tombera en état « En attente d'annulation CRDS » le temps de recevoir la confirmation. Une fois l'annulation confirmée, la demande deviendra en état « Annulée ».

L'annulation est accessible dans tous les états. Vous n'avez qu'à appuyer sur le bouton « Annuler la demande » se trouvant au bas du formulaire.

Annuler la demande

ERREURS LORS DE L'ENVOI AU CRDS

Si la demande ne respecte pas toutes les règles de validation (champs obligatoires, formats exigés), il vous sera impossible d'envoyer le formulaire au CRDS. Vous obtiendrez un message d'erreur au moment de soumettre et les éléments problématiques seront identifiés au haut du formulaire en rouge. Pour régler la situation, apportez les corrections demandées et soumettez à nouveau votre demande.

Exemple :

Plusieurs erreurs de validation ont été détectées.

OK

Le numéro de téléphone 1 (incluant l'indicatif régional) ou l'adresse courriel de l'utilisateur est obligatoire. Format: 999-999-9999
Au moins une raison de consultation doit être sélectionnée, sinon, le champ « Autre raison de consultation » doit être complété.
Le numéro de permis d'exercice est obligatoire (longueur maximale 7). Format invalide - No. de permis doit être 999999 ou 99999999
Le numéro de téléphone du point de service (incluant l'indicatif régional) est obligatoire. Format 999-999-9999
Le numéro de télécopieur du point de service (incluant l'indicatif régional) est obligatoire. Format 999-999-9999

Demande de consultation en Cardiologie ?

État : En rédaction

ÉTATS D'UNE DEMANDE

Le cycle de vie d'une demande de service s'étale sur 6 différents états consécutifs. Ces états se succèdent selon les actions des personnes impliquées tout au long du processus. L'état d'une demande est affiché au haut à droite du formulaire.

L'état « en rédaction »

En rédaction	État initial lors de la création d'une nouvelle demande de service. Cet état est temporaire et correspond à un document qui n'aurait jamais été sauvegardé
Actions possibles	<input type="checkbox"/> À compléter (équivalent à « enregistrer ») <input type="checkbox"/> Envoyer au CRDS

L'état « À Compléter »

À compléter	Cet état peut être utilisé lorsque le référent débute une demande, mais souhaite la compléter ou la modifier ultérieurement
Actions possibles	<input type="checkbox"/> À compléter (équivalent à « enregistrer ») <input type="checkbox"/> Envoyer au CRDS <input type="checkbox"/> Annuler la demande

L'état « En attente réception CRDS »

En attente réception CRDS	État temporaire le temps de recevoir l'accusé réception du CRDS. Une fois l'accusé reçu, l'état changera automatiquement pour « Reçue CRDS ».
Actions possibles	<input type="checkbox"/> Envoyer au CRDS <input type="checkbox"/> Annuler la demande

Reçue CRDS

Reçue CRDS	État permanent, représentant une demande qui a été reçues par le CRDS.
Actions possibles	<input type="checkbox"/> Envoyer au CRDS <input type="checkbox"/> Annuler la demande

En attente d'annulation CRDS

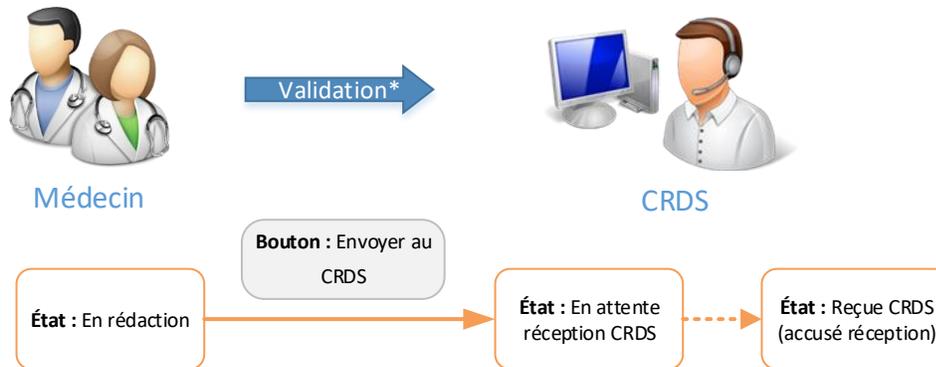
En attente d'annulation CRDS	État temporaire le temps de recevoir la confirmation de l'annulation du CRDS. Une fois la confirmation reçue, l'état changera automatiquement pour « Annulée ».
Action possible	<input type="checkbox"/> Aucune

Annulée

Annulée	État permanent, représentant une demande qui a été annulée. Une fois annulée, il est impossible de la « réactiver ».
Action possible	<input type="checkbox"/> Aucune

PROCESSUS D'ACHEMINEMENT

Voici un exemple de processus d'acheminement d'une demande soumise par un médecin vers un CRDS.



SOUTIEN DISPONIBLE

Si vous aviez des questions ou que vous rencontriez un problème technique, veuillez contacter le Centre de service de la Direction générale des technologies de l'information (DGTI) du MSSS à l'adresse suivante: 00_centre_de_services_msss@ssss.gouv.qc.ca

Et quelqu'un se fera un plaisir de vous aider.

* Les champs obligatoires et les formats exigés sont nécessaires pour se rendre à l'étape suivante. Les règles de validation sont appliquées avant l'envoi au médecin et avant l'envoi au CRDS afin d'assurer la conformité administrative du formulaire.

* Les champs obligatoires et les formats exigés sont nécessaires pour se rendre à l'étape suivante. Les règles de validation sont appliquées avant l'envoi au médecin et avant l'envoi au CRDS afin d'assurer la conformité administrative du formulaire.