

À l'attention du fournisseur de soins,

Étant le seul hôpital de soins de courte durée pour adultes de la région, L'Hôpital d'Ottawa reçoit les patients qui ont besoin des soins les plus complexes. En raison du grand volume de demandes pour une consultation de routine en dermatologie, la Clinique de dermatologie doit accorder la priorité aux patients présentant des problèmes dermatologiques urgents suivants, qui exigent des soins de niveau tertiaire :

- angéite/vascularite
- maladies bulleuses auto-immunes (pemphigoïde)
- mélanome
- érythrodermie – éruption cutanée sur tout le corps
- ulcère (pas causés par une insuffisance veineuse)
- éruption cutanée grave
- psoriasis grave – sur plus de 15 % du corps
- dermatite grave – sur plus de 15 % du corps

Si votre demande de consultation concerne un problème qui n'est pas énuméré ci-dessus, veuillez plutôt discuter avec votre patient des options de consultation suivantes :

DERMATOLOGUE	N ^o DE TÉLÉCOPIEUR	N ^o DE TÉLÉPHONE
D ^{re} Sharyn Laughlin	613-722-2877	613-722-4436
D ^r Louis Weatherhead	613-230-4402	613-230-8191
D ^{re} Simone Fahim	613-248-1019	613-248-1010
D ^{re} Jennifer Beecker	613-523-5339	613-523-4921
D ^r Michael Robern	613-224-2651	613-224-6339
Centre de dermatologie Bruyère	613-562-6022	613-562-6354
D ^{re} Jen Lipson	613-680-9093	613-680-9092
D ^{re} Lauren Laberge	613-680-9093	613-680-9092
D ^{re} Dalia Mikhael	613-248-1019	613-248-1010
D ^{re} Jennifer MacIsaac	613-369-8354	613-369-8369
AUTRE RESSOURCE	COURRIEL	SITE WEB
Consultation électronique (Division de dermatologie de L'Hôpital d'Ottawa)	eConsultSupport@LhinWorks.on.ca	ChamplainbaseEconsult.com

Si vous jugez que le cas de votre patient correspond à l'un des problèmes de santé prioritaires énumérés, remplissez la demande de consultation mise à jour ci-jointe et envoyez-la-nous.

Veuillez recevoir mes meilleures salutations,

D^r Mark Kirchhof, MD, Ph. D., FRCPC, FAAD
 Chef de la Division de dermatologie
 Université d'Ottawa et L'Hôpital d'Ottawa



DEMANDE DE CONSULTATION EN DERMATOLOGIE

Envoyer la demande dûment remplie par télécopieur au 613-761-4087.

****Toute demande incomplète sera retournée.****

Renseignements du patient (ou étiquette)	Renseignement du fournisseur de soins (ou étiquette)
Nom du patient : _____	Date de la demande : _____
Date de naissance : _____	Fournisseur de soins : _____
N° de carte d'assurance-santé : _____	N° de facturation : _____
Adresse : _____	Téléphone : _____
_____	Télécopieur : _____
Téléphone : _____ Autre : _____	
Motif de la demande de consultation : _____ _____ _____ _____	
Le patient a-t-il déjà été évalué par un dermatologue? NON ☐ OUI ☐ (Envoyez le rapport le plus récent.)	

Quel problème de santé soupçonnez-vous? (Envoyez les investigations connexes AVEC votre demande.)			
☐ ANGÉITE/VASCULARITE	☐ MALADIE BULLEUSE AUTO-IMMUNE (PEMPHIGOÏDE)	☐ MÉLANOME	☐ ÉRYTHRODERMIE (ÉRUPTION CUTANÉE SUR TOUT LE CORPS)
☐ ULCÈRES (PAS CAUSÉS PAR UNE INSUFFISANCE VEINEUSE)	☐ ÉRUPTION CUTANÉE GRAVE	☐ PSORIASIS GRAVE (SUR PLUS DE 15 % DU CORPS)	☐ DERMATITE GRAVE (SUR PLUS DE 15 % DU CORPS)
Envoyez avec votre demande tout rapport de consultation, d'examen d'imagerie et d'analyse sanguine pertinent.			