

GUIDE DE FORMATION / RÉFÉRENCE

Accès priorisé aux services spécialisés (APSS)

Mise à jour : 21 mars 2025

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
0.3	2017-09-06	Pierre Cloutier	Version initiale pour révision
0.4	2017-09-07	Pierre Cloutier	Corrections et ajustements
0.5	2017-09-27	Pierre Cloutier	Corrections et ajustements
0.6	2017-10-05	Stéphanie Dumas	Mise en page et corrections
1.0	2017-10-12	Pierre Cloutier	Mise en page et corrections
1.1	2018-08-24	Pierre Cloutier	Ajustement en fonction des formulaires phase 2 et phase 1 révisés
2.0	2018-08-28	Pierre Cloutier	Ajustement en fonction des formulaires phase 2 et phase 1 révisés – Corrections.
3.0	2025-03-21	Sabrina Audet	Ajustements en lien avec la traçabilité CRDS

TABLE DES MATIÈRES

HISTORIQUE DES VERSIONS.....	III
TABLE DES MATIÈRES.....	IV
ACRONYMES.....	V
INTRODUCTION.....	1
OBJECTIF DU DOCUMENT.....	1
PORTÉE.....	1
AUDITOIRE CIBLE.....	1
PROCESSUS D'ÉVOLUTION DU CONTENU/GOUVERNANCE.....	1
PRÉSENTATION DE SAFIR.....	2
STRUCTURE DES FORMULAIRES.....	4
SECTION 1 – IDENTIFICATION DU PATIENT.....	5
SECTION 2 – RAISONS DE CONSULTATION ET RENSEIGNEMENTS CLINIQUES.....	6
SECTION 3 – IDENTIFICATION DU MÉDECIN RÉFÉRENT ET DU MÉDECIN DE FAMILLE.....	7
SECTION 4 – SUIVI DU TRAITEMENT CRDS.....	8
PROCÉDURES.....	9
CHOISIR UNE RAISON DE CONSULTATION.....	9
AJOUT DE PRÉREQUIS DE TYPE JUSTIFICATION.....	9
AJOUT DE PRÉREQUIS – RAPPORT/DOCUMENT À JOINDRE.....	10
SUPPRESSION DE PRÉREQUIS – RAPPORT/DOCUMENT À JOINDRE.....	10
MODIFICATION DE LA PRIORITÉ.....	11
MODIFICATION ET MISE À JOUR D'UNE DEMANDE.....	12
ANNULATION D'UNE DEMANDE.....	12
VALIDATION DE LA REQUÊTE ET ERREURS LORS DE L'ENVOI.....	13
NOTIFICATIONS DE MISE À JOUR CONCERNANT UNE REQUÊTE.....	13
RÔLES UTILISATEURS ET ÉTATS D'UNE DEMANDE.....	14
RÔLES.....	14
ÉTATS D'UNE DEMANDE.....	14
PROCESSUS D'ACHEMINEMENT ET TRAITEMENT PAR LE CRDS.....	19

ACRONYMES

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
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
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

INTRODUCTION

OBJECTIF DU DOCUMENT

Ce document a pour objectif de soutenir le personnel de la première ligne pour la documentation et la gestion des demandes de consultation spécialisée en utilisant la solution du service d'acheminement de formulaires informatisés et de suivi de requêtes (SAFIR).

PORTÉE

La portée du document se limite à l'utilisation et au fonctionnement de SAFIR. Il n'explique pas le fonctionnement du dossier médical électronique (DMÉ).

AUDITOIRE CIBLE

Ce document s'adresse aux parties prenantes suivantes :

- Médecin, résident et infirmière
 - Secrétaire médicale
 - Fournisseur du DMÉ
-

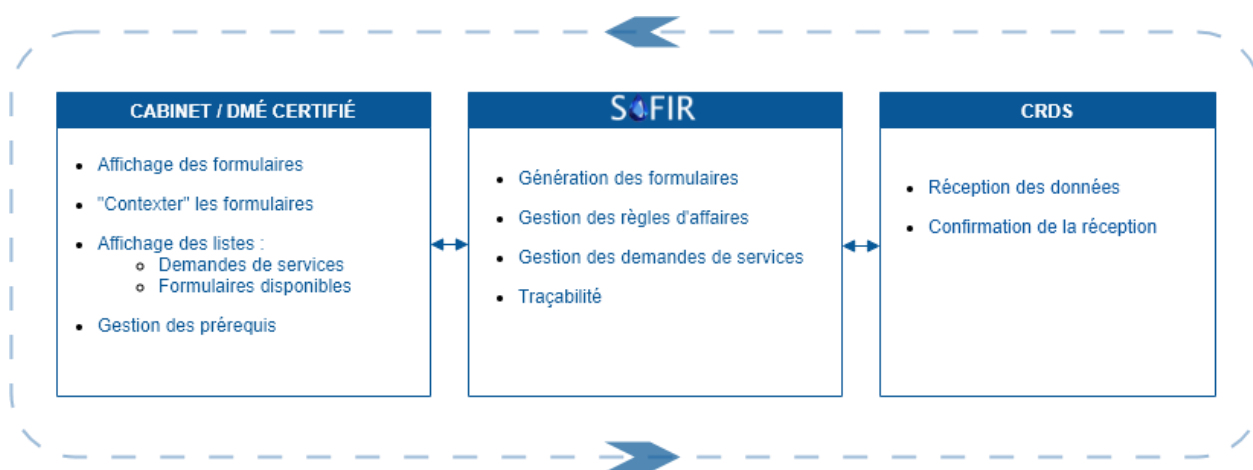
PROCESSUS D'ÉVOLUTION DU CONTENU/GOUVERNANCE

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. Le fournisseur du DMÉ sera informé des modifications apportées à ce document et recevra la version la plus récente en respect à la procédure établie.

PRÉSENTATION DE 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 développé initialement par et pour le CIUSSS de l'Estrie – CHUS, où il y est utilisé depuis 2014. 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. Encore à ce jour, SAFIR collabore étroitement avec le MSSS pour la mise à jour de ces formulaires.

SAFIR se positionne entre les cabinets utilisant un DMÉ certifié et les CRDS. Nous gérons les formulaires, la conformité administrative et aiguillons les demandes de services afin de les acheminer au bon CRDS associé.



C'est en 2025 que la mise en place des fonctions de traçabilité a permis aux référents et autres intervenant des premières lignes de faire le suivi de leurs demandes de services spécialisés. La traçabilité des requêtes permet :

- L'échange bidirectionnelle des statuts des demandes entre le système d'information du CRDS et le système d'information SAFIR.
- Aux agents du CRDS d'avoir un meilleur contrôle sur les statuts des demandes.
- Aux DMÉ d'exploiter cette information dans leur tableau de bord, et ainsi permettre aux référents de connaître l'état de leurs demandes en spécialités pour leurs patients.

Voici les fonctionnalités qui permettent la traçabilité des demandes par le référent :

- Nouveaux **états et sous-états** pour suivre le traitement au sein du CRDS. Voir section "Rôles utilisateurs et états d'une demande" du présent document.
- **Notifications** du référent lorsqu'une action est nécessaire de sa part pour compléter la requête, ou pour l'informer d'un événement important pour sa requête. Voir la section "Notifications de mise à jour concernant une requête".
- Possibilité pour le CRDS de faire parvenir des **commentaires ou informations supplémentaires** aux référents, et ce directement via la requête. Voir section "Section 4 - Suivi du traitement CRDS".
- Lorsqu'une **nouvelle priorité** est émise par le CRDS, celle-ci est indiquée au sein de la requête pour que le référent en soit informé. Voir section "Section 4 - Suivi du traitement CRDS".
- [Processus de transfert des requêtes entre les CRDS. >> DISPONIBLE PROCHAINEMENT](#)

- Affichage des informations de rendez-vous en spécialité directement dans la requête. >>
DISPONIBLE PROCHAINEMENT

STRUCTURE DES FORMULAIRES

Lors de la création d'une demande, les formulaires se divisent en trois grandes sections, identiques d'une spécialité à l'autre. La première section, l'identification de l'utilisateur, est préalablement remplie avec les informations se trouvant dans vos dossiers patients électroniques. La seconde section présente les raisons de consultation et les renseignements cliniques pertinents. Il s'agit de la seule section dont le contenu varie selon la spécialité sélectionnée. La dernière section, soit l'identification du médecin référent et le médecin de famille, est aussi préalablement remplie.

Demande de consultation en chirurgie générale adulte
Etat : En rédaction

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

NAM à rechercher

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

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.
Echelle de priorité clinique : B : ≤ 10 Jrs, C : ≤ 28 Jrs, D : ≤ 3 mois, E : ≤ 12 mois

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

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 [Eliève](#)

Investigation révélant un carcinome [B] B

Investigation révélant une anomalie autre [C] C

Autre raison de consultation non standardisée au formulaire Priorité clinique

Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires ?

Desoins spéciaux

Identification du référent et du point de service ?

Nom du référent * N° de permis * Le numéro de téléphone du point de service * Le numéro de télécopieur * Nom du point de service *	Prénom du référent * Numéro de poste
--	---

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 e/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 référent et médecin de famille

Boutons d'action

SECTION 1 – IDENTIFICATION DU PATIENT

À l'ouverture du formulaire, cette section contient déjà toutes les informations exigées. Elles proviennent directement de votre dossier médical électronique (DMÉ).

The screenshot shows a form titled "Demande de consultation en Cardiologie" with a status of "État : En rédaction". A red warning message reads: "Attention : Consulter les alertes cliniques [ici](#) et favoriser les protocoles de l'Accueil clinique (si disponibles) avant de remplir ce formulaire." The form contains the following fields:

Demande de consultation en Cardiologie ?		État : En rédaction	
Attention : Consulter les alertes cliniques ici et favoriser les protocoles de l'Accueil clinique (si disponibles) avant de remplir ce formulaire.			
Nom de famille de l'utilisateur *	Cloutier-Test	Prénom de l'utilisateur *	Loïc-Test
8 Numéro assurance maladie *	CLOL800825	Expiration (AAMM) *	1905
7 Date de naissance (AAAA-MM-JJ) *	1980-08-25	Sexe *	<input type="radio"/> F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> I
Numéro de téléphone 1	819-789-9876	Numéro de poste 1	123
Numéro de téléphone 2	819-123-4321	Numéro de poste 2	456
Nom de famille de la mère	Audet	Prénom de la mère	Jacinthe
Adresse	295 rue Olivier	Ville	Sherbrooke
6 Code postal non présent	<input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Résidant à l'extérieur du Québec	Code postal *	J1H1X4
Courriel	test@safir.gouv.qc.ca	Comment rejoindre l'utilisateur	

- 1 Les champs obligatoires sont identifiés par une étoile rouge *. Ces champs doivent être documentés pour pouvoir acheminer la demande 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 présentées se retrouvaient à l'endos du formulaire papier.
- 4 État et sous-état actuel de la demande. Les différents états/sous-états possibles sont présentés à la section « États d'une demande ».
- 5 Les champs grisés ne peuvent être modifiés. Ces informations étant puisées à partir de votre DMÉ, elles doivent être modifiées dans le dossier de l'utilisateur avant de pouvoir acheminer une demande de consultation. Seuls les champs associés aux numéros de téléphone, au courriel et au moyen pour rejoindre l'utilisateur peuvent être modifiés dans cette section.
- 6 Si le lieu de résidence de l'utilisateur est inconnu ou absent, l'option « Sans domicile fixe » 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.

SECTION 2 – RAISONS DE CONSULTATION ET RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

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

Autre raison de consultation **Priorité clinique**

Autres rapports

Renseignements cliniques pertinents ?

Besoins spéciaux

1	Permet de visualiser les raisons de consultation sous cette catégorie.
2	Les raisons de consultation ont été regroupées par grande catégorie. Bien que le visuel soit différent, les raisons de consultation présentées sont les mêmes que sur le formulaire papier.
3	Ce champ est utilisé seulement pour y inscrire une raison de consultation qui serait absente de la liste proposée par le formulaire. Bien qu'il n'y ait pas une étoile rouge * pour la priorité clinique, celle-ci est obligatoire afin d'acheminer votre demande au CRDS.
4	Cette section permet de saisir de l'information concernant une impression diagnostique ainsi que des renseignements cliniques supplémentaires.
5	Les documents autres que des prérequis, attachés à la demande, seront affichés à cet endroit. Selon l'implantation de SAFIR effectuée par votre fournisseur, il est possible de joindre des documents à une demande qui ne seraient pas des prérequis.

SECTION 3 – IDENTIFICATION DU MÉDECIN RÉFÉRENT ET DU MÉDECIN DE FAMILLE

Identification du médecin référent et du point de service ?			
Nom du médecin référent *	<input type="text"/>	Prénom du médecin 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	<input type="checkbox"/> Idem au médecin référent <input type="checkbox"/> 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) ?			
Si vous désirez une référence à un médecin ou à un point de service en particulier			
<input type="text"/>			
Envoyer au CRDS		À compléter	

4

1	Lorsqu'un médecin rédige la demande, cette section devrait déjà contenir la majorité des informations. Pour les autres corps d'emploi, il est possible d'inscrire l'information manuellement.
2	Selon votre DMÉ, il se peut que cette section soit déjà complétée. À noter, qu'il y a une case « Idem au médecin référent » et « usager sans médecin de famille ».
3	Le rôle de ce champ est le même que pour la version papier, soit de personnaliser l'aiguillage de la requête au CRDS.
4	Les boutons affichés sont fonction du rôle de la personne (Médecin, infirmière, etc.) et de l'état de la demande (À compléter, Non vérifiée, Reçue CRDS, etc.)

SECTION 4 – SUIVI DU TRAITEMENT CRDS

Après analyse de la demande, le CRDS peut faire parvenir un commentaire ou une nouvelle priorité au référent. Ces informations sont inscrites au sein de la requête soumise. Cette section se trouve tout en haut de la demande, sous le bandeau bleu spécifiant la spécialité et l'état de la requête. La section ne s'affichera que si le CRDS désire transmettre des informations spécifiques au référent. Si ce n'est pas le cas, seul le bandeau incluant l'état/sous-état sera présent.

Demande de consultation en neurochirurgie adulte ?

État : Non-conforme
Prérequis manquant (obligatoire)

État
Sous-état

Non-conforme - Prérequis manquant (obligatoire)
Commentaire du CRDS - 2024-12-10 14:20 :
S'il-vous-plait joindre le rapport d'IRM ou TDM, ainsi que les rapports d'investigation pour toutes demande de Tumeurs intracrâniennes extracérébrales avec symptôme neurologique progressif. Merci.

Nouvelle section pour le traitement CRDS

Selon le cas, la section traitement CRDS pourrait contenir diverses informations. Voici un exemple où une nouvelle priorité fut émise par le répondant accompagnée d'un commentaire :

Demande de consultation en gastroentérologie adulte ?

État : En attente d'un RDV
Avec nouvelle priorité émise par le répondant

En attente d'un RDV - Avec nouvelle priorité émise par le répondant
Nouvelle priorité émise par le répondant - 2025-01-07 10:59 : D

Commentaire du CRDS - 2025-01-07 10:59 :
Suite à notre analyse et révision par le spécialiste répondant, la priorité de la condition clinique du patient a été révisé à D.

Définition des différents éléments :

#	Description
1	Nouvelle priorité émise par le répondant à la suite de l'analyse de la demande, accompagnée de la date et heure du changement.
2	Commentaires ou informations pertinentes transmis par le CRDS à l'intention du référent, accompagné de la date et heure du changement.

PROCÉDURES

CHOISIR UNE RAISON DE CONSULTATION

Pour choisir une raison de consultation, vous devez agrandir la catégorie en cliquant sur le bouton **+** et cocher la raison appropriée. Dans certains formulaires, en physiothérapie par exemple, les raisons ne sont pas regroupées par catégorie. Le bouton **+** sera alors absent et vous pourrez cocher directement les choix souhaités.

! 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.

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

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 venir indiquer 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		
	<input type="text"/>		E

AJOUT DE PRÉREQUIS – RAPPORT/DOCUMENT À JOINDRE

La procédure d'ajout de rapports ou de tout autre document à une demande de service est différente d'un fournisseur DMÉ à l'autre. Cependant, pour la plupart des DMÉ, l'ajout s'effectue une fois la demande de service créée par l'intermédiaire d'une fonctionnalité inhérente à celui-ci. Pour des informations supplémentaires sur la procédure à suivre, communiquez directement avec votre fournisseur DMÉ.

Il est fortement recommandé de **joindre les rapports avant l'envoi de la demande au CRDS** de façon à faciliter l'analyse par le personnel clinique du CRDS. Il est également 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 pour la soumettre.

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 « Enlever le fichier ».

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 Enlever le fichier
Rapport FSC	<input type="checkbox"/> Résultats disponibles au DSQ <input type="checkbox"/> Examens prescrits à réaliser	tests.pdf Enlever le fichier ← 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 « Enlever le fichier ».

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 » et une fenêtre s'ouvrira; sélectionnez la nouvelle priorité 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 ← Priorité associée à la raison de consultation B

Autres rapports

> 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 Choisir la priorité souhaitée
Justifier le changement de priorité *	2

3 Continuer

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

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 ouvrir une requête déjà envoyée au CRDS. Par exemple, en cas de non-conformité clinique, 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 communiquer les changements. Veuillez cependant noter qu'une demande fermée par le CRDS (ex. rendez-vous a été réalisé avec le patient) ne peut plus être modifiée.

CHAMPS POUVANT ÊTRE MODIFIÉS

> Section 1 – Identification de l'utilisateur

- Les numéros de téléphone pour rejoindre l'utilisateur
- L'adresse courriel
- Comment rejoindre l'utilisateur

> Section 2 – Raisons de consultation et renseignements cliniques

- Tous les champs peuvent être modifiés dans cette section

> Section 3 - Identification du médecin référent et du médecin de famille

Médecin référent

- Le numéro de téléphone du point de service / Numéro de poste
- Le numéro de télécopieur
- Nom du point de service

Médecin de famille

- Nom du médecin de famille
- Prénom du médecin de famille
- Nom du point de service

ANNULATION D'UNE DEMANDE

Une demande peut être annulée au besoin, 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 à tous les rôles (médecin, infirmière, etc.), et ce, dans tous les états sauf lorsque la demande est fermée ou déjà annulée. Vous n'avez qu'à appuyer sur le bouton « Annuler la demande » se trouvant au bas du formulaire.

VALIDATION DE LA REQUÊTE ET ERREURS LORS DE L'ENVOI

Si la demande ne respecte pas toutes les règles de validation (champs obligatoires, formats exigés), il sera impossible d'envoyer le formulaire au CRDS. Les mêmes règles de validation sont en place lorsque le personnel clinique envoie la demande à un médecin pour vérification (voir section "Rôles utilisateurs et états d'une demande"). Lorsque des éléments ne sont pas conformes à l'envoi de la requête, ils sont identifiés en rouge tout en haut du formulaire. Pour régler la situation, apportez les corrections demandées et soumettez à nouveau votre demande.

Exemple :

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 99999 ou 9999999
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

NOTIFICATIONS DE MISE À JOUR CONCERNANT UNE REQUÊTE

Lorsque l'état d'une requête est modifié pour un des états suivants par le CRDS, une notification est envoyée au référent de la demande via le DMÉ :

- Non-conforme - Prérequis manquant (obligatoire)
- Non-conforme - Informations manquantes
- En Attente d'un RDV - Avec nouvelle priorité émise par le répondant
- Fermée - Patient n'a plus besoin du RDV (avis du patient)
- Fermée - Patient injoignable
- Fermée - Fermée par le médecin répondant

En plus de la notification au sein du DMÉ, un courriel vous sera également envoyé. Ces notifications vous permettront de rester informés de l'évolution de vos demandes aux seins des CRDS, et de prendre actions au cas où la demande serait incomplète.

RÔLES UTILISATEURS ET ÉTATS D'UNE DEMANDE

RÔLES

Le rôle qui vous est attribué permet de déterminer les formulaires auxquels vous aurez accès de même que les différentes actions possibles à l'intérieur de ceux-ci. Il existe trois rôles distincts au niveau de SAFIR :

- Prescripteur : Médecin / IPS-PL
- Clinique : Infirmier / Résident / Externe
- Autre : Personnel de soutien administratif

N.B. Les demandes créées par le personnel clinique et administratif doivent être signées par un prescripteur avant l'envoi au CRDS.

ÉTATS D'UNE DEMANDE

Le cycle de vie d'une demande de service est représenté par différents états. Ces états sont appliqués selon les actions des personnes impliquées tout au long du processus. Depuis la mise en place de la traçabilité, les états peuvent être accompagnés de sous-état. Ces sous-états permettent de donner plus de détails quant au statut du traitement de la requête au sein du CRDS. Les sous-états possibles sont indiqués plus bas sous chaque état correspondant.

En rédaction

Sous-état possible : -

État initial lors de la création d'une nouvelle demande de service. Cet état peut être comparé à un document qui n'aurait jamais été sauvegardé. Vous devez effectuer une action (bouton au bas du formulaire) afin d'enregistrer la demande.

Rôle	Action possible
Prescripteur	<ul style="list-style-type: none">▪ À compléter (<i>l'état de la demande deviendra « À Compléter »</i>)▪ Envoyer au CRDS
Clinique	<ul style="list-style-type: none">▪ À compléter (<i>l'état de la demande deviendra « À Compléter »</i>)▪ À vérifier par médecin (<i>l'état de la demande deviendra « À vérifier par médecin »</i>)
Autre	<ul style="list-style-type: none">▪ À vérifier par médecin (<i>l'état de la demande deviendra « À vérifier par médecin »</i>)

À Compléter

Sous-état possible : -

Cet état est destiné aux personnes assurant le soutien administratif du cabinet. Un médecin peut mettre une demande « À compléter » afin que l'agente administrative vienne joindre les prérequis avant l'envoi de la demande au CRDS. Cet état peut aussi être utilisé lorsque le médecin débute une demande, mais souhaite la compléter ou la modifier ultérieurement.

Rôle	Action possible
Prescripteur	<ul style="list-style-type: none">▪ À compléter (<i>équivalent à « Enregistrer »</i>)▪ Envoyer au CRDS▪ Annuler la demande
Clinique	<ul style="list-style-type: none">▪ À compléter (<i>équivalent à « Enregistrer »</i>)▪ À vérifier par médecin (<i>l'état de la demande deviendra « À vérifier par médecin »</i>)▪ Envoyer au CRDS (<i>disponible si le médecin a déjà vérifié la demande</i>)▪ Annuler la demande
Autre	<ul style="list-style-type: none">▪ À compléter (<i>équivalent à « Enregistrer »</i>)▪ Envoyer au CRDS (<i>disponible si le médecin a déjà vérifié la demande</i>)▪ Annuler la demande

Non vérifiée

Sous-état possible : -

Cet état regroupe toutes les demandes pour lesquelles le médecin doit effectuer une vérification avant de l'envoyer au CRDS. Aucune demande ne peut être envoyée au CRDS sans qu'un médecin ait été impliqué. Donc, un résident, un infirmier ou une agente administrative pourrait initier une demande pour ensuite la faire vérifier par le médecin.

Rôle	Action possible
Prescripteur	<ul style="list-style-type: none">▪ À compléter (<i>l'état de la demande deviendra « À vérifier par médecin »</i>)▪ À vérifier par médecin (<i>équivalent à « Enregistrer »</i>)▪ Envoyer au CRDS▪ Annuler la demande
Clinique	<ul style="list-style-type: none">▪ À vérifier par médecin (<i>équivalent à « Enregistrer »</i>)▪ Annuler la demande
Autre	<ul style="list-style-type: none">▪ À vérifier par médecin (<i>équivalent à « Enregistrer »</i>)▪ Annuler la demande

En attente réception CRDS

Sous-état possible : -

État temporaire le temps de recevoir l'accusé réception du CRDS. Une fois l'accusé reçu, l'état changera automatiquement pour « Demande reçue ».

Rôle	Action possible
Prescripteur	<ul style="list-style-type: none">Envoyer au CRDSAnnuler la demande
Clinique	<ul style="list-style-type: none">Envoyer au CRDSAnnuler la demande
Autre	<ul style="list-style-type: none">Envoyer au CRDSAnnuler la demande

Demande reçue

Sous-état possible : Consultation spécialisée encore nécessaire.

État représentant une demande qui a été reçue au CRDS. Il s'agit de la porte d'entrée de la requête dans le processus de traitement au sein du CRDS.

Rôle	Action possible
Prescripteur	<ul style="list-style-type: none">Envoyer au CRDSAnnuler la demande
Clinique	<ul style="list-style-type: none">Envoyer au CRDSAnnuler la demande
Autre	<ul style="list-style-type: none">Envoyer au CRDSAnnuler la demande

En traitement

Sous-états possibles : Analyse de la conformité, Analyse par le médecin répondant.

État représentant une demande qui est en analyse au sein du CRDS.

Rôle	Action possible
Prescripteur	<ul style="list-style-type: none">Envoyer au CRDSAnnuler la demande
Clinique	<ul style="list-style-type: none">Envoyer au CRDSAnnuler la demande
Autre	<ul style="list-style-type: none">Envoyer au CRDSAnnuler la demande

Non-conforme

Sous-états possibles : Prérequis manquant (obligatoire), Informations manquantes.

La demande est non-conforme à la suite de l'évaluation du CRDS. Une action est nécessaire par le référent pour permettre le traitement de la demande. Le CRDS est en attente de cette action.

Rôle	Action possible
Prescripteur	<ul style="list-style-type: none">▪ Envoyer au CRDS▪ Annuler la demande
Clinique	<ul style="list-style-type: none">▪ Envoyer au CRDS▪ Annuler la demande
Autre	<ul style="list-style-type: none">▪ Envoyer au CRDS▪ Annuler la demande

En attente d'un RDV

Sous-états possibles : Avec nouvelle priorité émise par le répondant, Non-disponibilité de l'utilisateur, Prérequis en cours, Patient non-présent 1 fois - Retour en attente

La demande est conforme et en attente de planification du rendez-vous.

Rôle	Action possible
Prescripteur	<ul style="list-style-type: none">▪ Envoyer au CRDS▪ Annuler la demande
Clinique	<ul style="list-style-type: none">▪ Envoyer au CRDS▪ Annuler la demande
Autre	<ul style="list-style-type: none">▪ Envoyer au CRDS▪ Annuler la demande

RDV planifié

Sous-état possible : -

Une date de rendez-vous est planifiée avec le patient.

Rôle	Action possible
Prescripteur	<ul style="list-style-type: none">▪ Envoyer au CRDS▪ Annuler la demande
Clinique	<ul style="list-style-type: none">▪ Envoyer au CRDS▪ Annuler la demande
Autre	<ul style="list-style-type: none">▪ Envoyer au CRDS▪ Annuler la demande

RDV réalisé

Sous-états possibles : Rendez-vous réalisé, Rendez-vous présumé réalisé.

Le rendez-vous a eu lieu avec le patient. La requête est considérée fermée au CRDS.

Rôle	Action possible
Prescripteur / Clinique / Autre	Aucune

En attente d'annulation CRDS

Sous-état possible : -

État temporaire le temps de recevoir la confirmation du CRDS. Une fois la confirmation reçue, l'état changera automatiquement pour « Annulée ».

Rôle	Action possible
Prescripteur / Clinique / Autre	Aucune

Annulée

Sous-état possible : -

État représentant une demande qui a été annulée. Une fois annulée, il est impossible de la « réactiver ».

Rôle	Action possible
Prescripteur / Clinique / Autre	Aucune

Fermée

Sous-états possibles : Patient non-présent à deux reprises, Patient a refusé trois dates de rendez-vous, Référence n'est plus nécessaire (validé par le md), Patient n'a plus besoin du RDV (avis du patient), Patient a déjà vu un spécialiste, Patient décédé, Demande déjà existante, Patient injoignable, Redirigée vers autre guichet, Demande non-conforme délai de réponse écoulé, Suivi et non une nouvelle demande, Fermée par le médecin répondant.

La demande est fermée, soit par le CRDS ou par le processus d'épuration provinciale.

Rôle	Action possible
Prescripteur / Clinique / Autre	Aucune

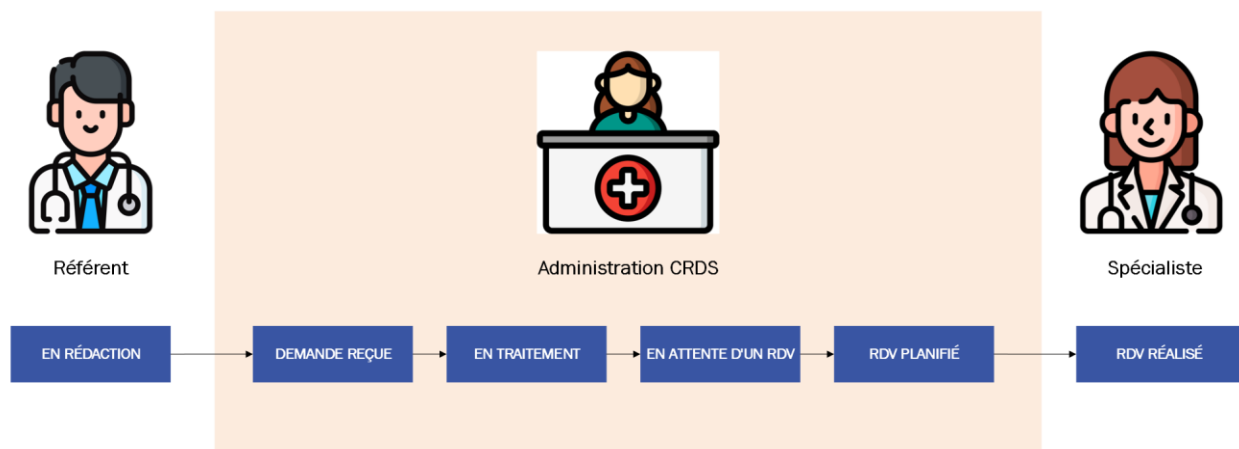
PROCESSUS D'ACHEMINEMENT ET TRAITEMENT PAR LE CRDS

Voici différents scénarios illustrant le processus d'une requête APSS, de la création par le référent jusqu'à sa clôture. Afin d'alléger le document, les échanges répétitifs entre deux mêmes acteurs ont été omis. Cependant, par exemple, une demande pourrait « voyager » d'une agente administrative à un médecin plusieurs fois sans problème.

N.B. Les boîtes bleues et rouges indiquent les états de la requête APSS.

Scénario 1

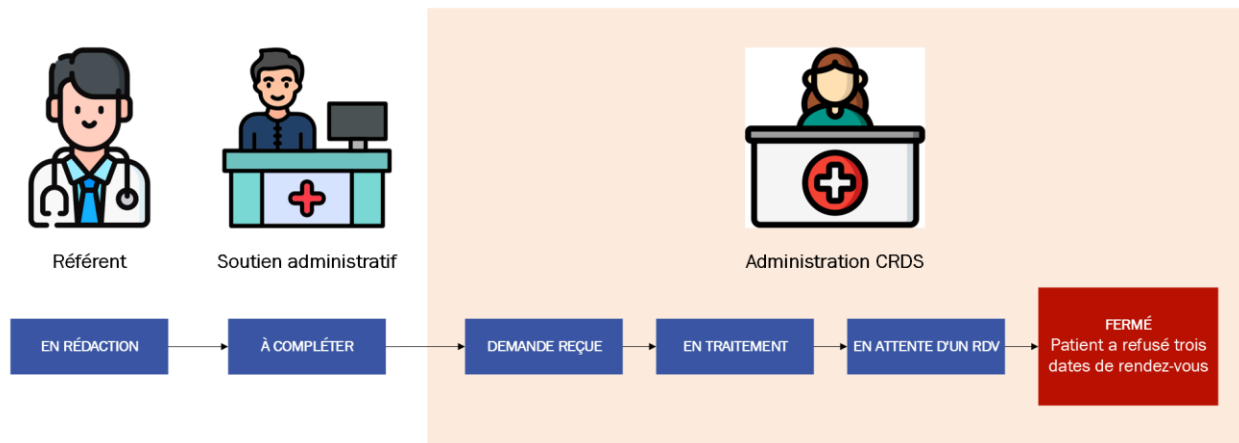
Le premier scénario démontre le cas où un référent (médecin ou IPS-PL) crée une demande au sein de son DMÉ. La demande est ensuite reçue par le CRDS qui procède au traitement de cette dernière. Un rendez-vous est alors planifié avec le patient, qui est vu par le spécialiste selon la date de rendez-vous entendu. Le référent peut donc voir la demande de son patient évoluer au sein du CRDS en temps réel.



Source des icônes : Flaticon.com.

Scénario 2

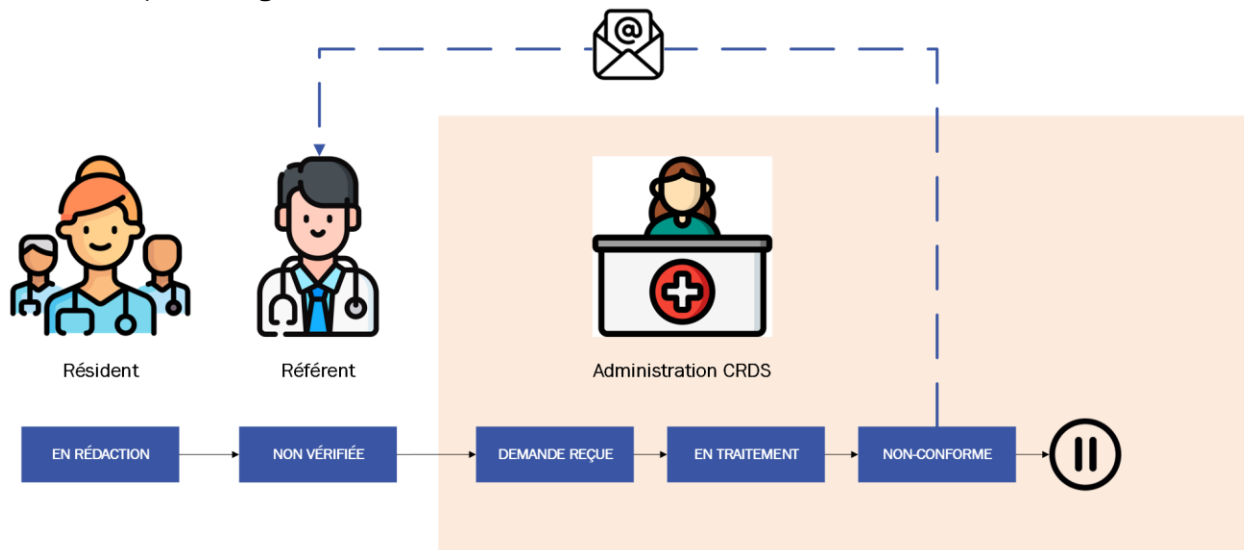
Le deuxième exemple concerne le cas où une demande CRDS est d'abord créée par le référent, puis envoyée pour complétion à un employé administratif de la clinique. Lorsque la demande est complète, l'employé administratif envoie la requête au CRDS. La demande est reçue par le CRDS qui procède au traitement de cette dernière. À la suite de trois refus de dates de rendez-vous par le patient, la demande est fermée par le CRDS. Le référent peut voir la demande de son patient évoluer au sein du CRDS en temps réel.



Source des icônes : Flaticon.com.

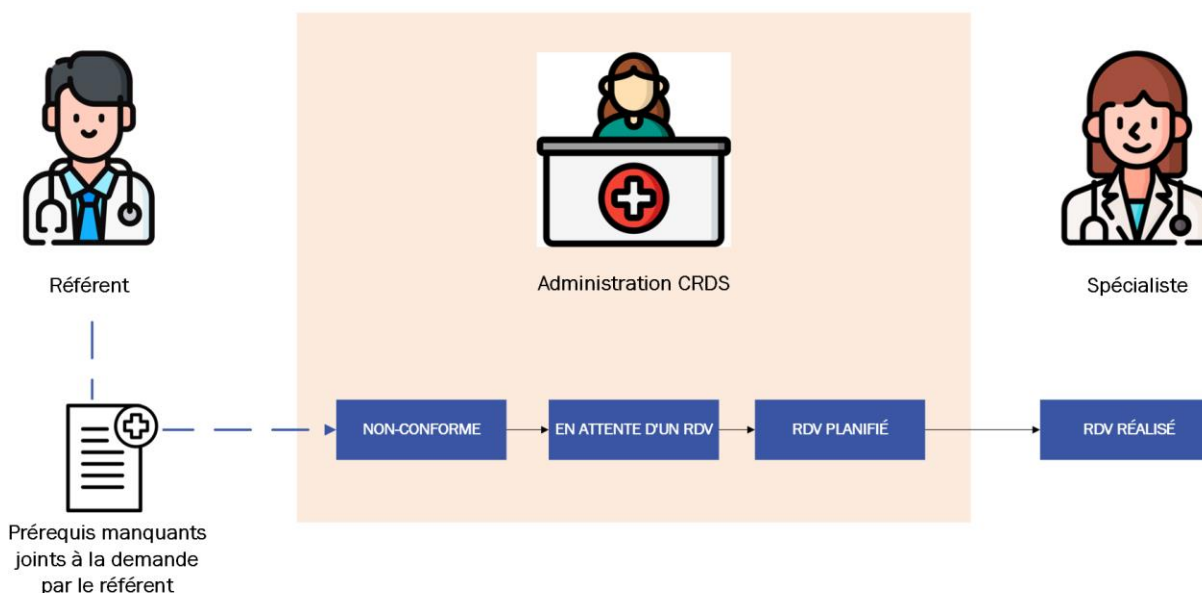
Scénario 3

Le troisième scénario concerne le cas où une demande APSS est d'abord créée par un résident, puis envoyée pour signature au médecin référent assigné à la tâche. Une fois la demande révisée et signée par le référent, la demande est envoyée au CRDS qui procède au traitement de cette dernière. À la suite de l'analyse de la demande, le CRDS constate que les prérequis obligatoires nécessaires à la consultation en spécialité sont manquants dans la requête. Le CRDS marque donc la demande Non-conforme, et une notification courriel est envoyée au médecin référent pour l'informer de l'action à prendre. À noter que la notification peut être gérée différemment selon le fournisseur du DMÉ.



Source des icônes : Flaticon.com.

Une fois que le référent a rassemblé l'ensemble des prérequis manquants, il les joint à la requête. Le CRDS reprend alors le traitement de la demande. La demande est considérée complète par le CRDS et le rendez-vous est planifié avec le patient, qui est vu par le médecin spécialiste selon la date de rendez-vous entendue entre eux.



Source des icônes : Flaticon.com.