**DOCUMENT A REMPLIR AVEC LE MEDECIN GENERALISTE**

**OU COURRIER DE MEDECIN SPECIALISTE**

**Les urgences sont à adresser directement dans les services d’urgences.**

**Demande de consultation spécialisée :**

**Pneumologie et allergologie pédiatriques – CHU Lille**

**Centre des maladies allergiques de l’enfant**

**Centre de compétences des maladies respiratoires rares de l’enfant**

[www.allergologie-pneumologie-pediatriques.chu-lille.fr](http://www.allergologie-pneumologie-pediatriques.chu-lille.fr/)

**Pour prendre rdv adresser ce document ou la lettre du spécialiste :**

**par mail :** [**rdv.enfant@chru-lille.fr**](mailto:rdv.enfant@chru-lille.fr)

**(téléphone :** [**03.20.44.46.67**](tel:0320444667)**de 9h-12h et de 14h à 16h30)**

***Tous les items de ce document doivent être complétés pour que votre demande soit analysée par nos médecins.***

*Pour rappel, il existe dans le Nord – Pas de Calais une offre de soins en pneumologie et allergologie pédiatriques en cabinet de ville et à l’hôpital, réparti sur le territoire. Et nous sommes susceptibles de réorienter les patients vers ces consultations.*

***Les délais avant l’obtention d’un premier rendez-vous de consultation sont actuellement de 6 mois en dehors de situations particulières qui seront sélectionnées sur le document.***

***En cas de demande nécessitant une discussion entre professionnels, votre médecin a également la possibilité de demander un avis spécialisé téléphonique en contactant le secrétariat de pneumologie et allergologie pédiatriques pour discuter du dossier de votre enfant.***

**Tampon et signature du médecin (obligatoires) :**

**Coordonnées de l’enfant :**

Nom Prénom : ………………………………………………………………………………………………………………………..

Date de Naissance : ………..……………………………………………………………………………………………………….

Adresse complète : ………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Téléphone des parents : ………………………………………………………………………………………………………….

Email des parents : ………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Antécédents notables personnels et familiaux :** ………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Motif de la demande de consultation spécialisée :** ……………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Motif d’adressage au CHU de Lille :**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Durée d’évolution des symptômes :** **.**………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Traitements déjà administrés, traitement de fond le cas échéant, date de mise en route du traitement et efficacité du traitement :** ……………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Examens complémentaires déjà réalisés : (l’ensemble des examens complémentaires devront être amenés lors de la consultation)**

**Radiographie thoracique (date, résultats) :** ………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Bilan biologique (date, résultats) : ..**……………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Autre bilan ou consultation spécialisée (date, résultats) : ..**……………………………**.**………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**..**………………………………………………………………………………………………….**..**………………………………………………………………………………………………….**..**………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………

***ASTHME***

***Extrait des recommandations***

***sur la prise en charge de l’asthme de l’enfant d’âge scolaire :***

*La consultation spécialisée ne doit pas retarder la mise en route d’un traitement de fond d’épreuve.*

***Par exemple :***

***3-6 ans****: FLIXOTIDE 50µg 2 bouffées matin et soir avec chambre d'inhalation et masque (-recommandations locales: AEROCHAMBER / TIPSHALER / PHILIPS)*

***6-15 ans :*** *FLIXOTIDE 125 1 bouffée matin et soir avec chambre d'inhalation (PHILIPS ou TIPSHALER)*

*Il convient de faire réaliser une radiographie thoracique de face en inspiration +/- expiration*

*pour toute suspicion d’asthme ou symptomatologie respiratoire chronique*

*évoluant depuis plus d’un mois.*