

Demande d'accès à la clinique d'immunothérapie orale (CITO) du CHU Sainte-Justine

Partie du parent ¹

Le formulaire de demande d'accès au traitement d'immunothérapie orale doit être complété en collaboration avec l'allergologue² de votre enfant et fait office de référence médicale pour le traitement. Le formulaire doit être accompagné d'informations médicales récentes qui sont nécessaires à l'évaluation de l'admissibilité et à la priorisation de l'enfant.

Vous pourriez avoir accès au traitement si :

- Votre enfant a une ou des allergie(s) alimentaire(s) autre(s) que celle(s) aux fruits et aux légumes³ confirmée(s) par un allergologue
- La portion réservée au professionnel référant a été remplie par l'allergologue ou le médecin² qui suit les allergies alimentaires de votre enfant
- Votre enfant est âgé de 16 ans et moins, ainsi le traitement peut être complété, de façon réaliste, avant l'âge de 18 ans⁴
- Votre enfant peut et veut être traité pour une ou des allergies visées au programme
- Votre enfant est un résident du Québec

1. À des fins de simplification, le terme **parent** utilisé dans le présent formulaire représente la personne, le/la conjoint(e) ou le/la tuteur(e) légal(e), qui est responsable des soins et de l'éducation de l'enfant, et qui réside avec lui.

2. La CITO se réserve la possibilité d'accepter des références provenant d'autres médecins offrant le suivi spécialisé en allergies alimentaires dans les régions non desservies par des allergologues.

3. Les allergies aux fruits et légumes ne sont pas admissibles pour le moment.

4. La durée approximative d'un traitement d'immunothérapie orale peut atteindre 24 mois. Étant donné qu'il n'existe actuellement pas de ressource pour effectuer un suivi de traitement chez l'adulte et que le CHU Sainte-Justine ne peut traiter une clientèle de 18 ans et plus, nous devons limiter l'âge d'accès au programme d'immunothérapie orale à 16 ans.

Partie du parent

Étapes pour appliquer

1. Veuillez remplir et signer la **Partie du parent**.
2. Veuillez joindre les documents/notes médicales des autres soins spécialisés mentionnés à la section 5.2 du présent document s'il y a lieu.
3. Inscrivez le nom de votre enfant à la section 1 et signez le consentement à communiquer des renseignements à la section 1.1 de la **Partie du professionnel**.
4. Remettez le formulaire de demande d'accès et tous les documents complémentaires au professionnel référant qui suit votre enfant pour ses allergies alimentaires, afin qu'il puisse la remplir, puis nous faire parvenir la demande d'accès en un seul envoi.

Documents que le parent doit fournir

Sections	Documents à joindre
4.3 Liste des médicaments	Relevé des achats de médicaments des 12 derniers mois, incluant les pompes pour l'asthme (à obtenir du pharmacien)
5.2 Suivi médical par d'autres spécialités	S'il y a lieu, un rapport récent du spécialiste qui détaille la raison pour laquelle l'enfant est suivi par celui-ci et quel traitement est prescrit, ou à suivre. (ex. : physiothérapie pour aversion orale ou psychologue pour anxiété sévère en lien avec l'alimentation)

Protection des renseignements personnels

Les renseignements personnels recueillis dans le présent formulaire sont nécessaires à l'étude de votre demande. L'omission de les fournir peut entraîner un retard ou un rejet de traitement. Seuls les membres autorisés de notre personnel y ont accès. Le site internet via lequel vous téléchargez les formulaires est sécurisé.

Référence médicale à la clinique d'immunothérapie orale (CITO) du CHU Sainte-Justine

Partie du parent
Écrire en lettres détachées

1. Renseignements sur l'identité de votre enfant			
Numéro assurance maladie enfant		Date expiration (aaaa-mm-jj)	
Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nom de famille	Prénom	Date naissance (aaaa-mm-jj)
Adresse (où l'enfant habite principalement)			Numéro dossier Sainte-Justine
2. Renseignements sur l'identité du parent			
2.1 Parent 1		2.2 Parent 2	
Nom de famille		Nom de famille	
Prénom		Prénom	
Adresse		Adresse	
Ville		Ville	
Province		Province	
Code postal		Code postal	
Téléphone (2 numéros obligatoires) Principal		Téléphone (2 numéros obligatoires) Principal	
Secondaire		Secondaire	
Adresse courriel		Adresse courriel	

3. Renseignements sur les allergies de l'enfant

3.1 Allergie(s)	Depuis (aaaa/mm)	Nombre de réactions	Type de réaction	Quantité ingérée responsable	Est-ce que la forme cuite est tolérée?
3.2 Asthme : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			Date de la dernière crise d'asthme :		
3.3 Allergies saisonnières : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			Lesquelles :		

4. Renseignement sur la condition médicale de l'enfant

4.1 Autre condition médicale chronique :

4.2 Est-ce que votre enfant a des besoins particuliers? : Oui Non

Si oui, lesquels :

4.3 Médicaments pris régulièrement :

A.

B.

C.

D.

E.

4.4 État de santé général de votre enfant : (rhume, otite, gastro-entérite, fièvre, etc.)

- Fréquemment malade (à toutes les 2-3 semaines)
- Occasionnellement malade (chaque 2-3 mois)
- Rarement malade (2-3 fois par année)
- Jamais malade

Si malade, quel(s) sont les symptôme(s) fréquent(s)? :

4.5 Est-ce que votre enfant souffre de problèmes en lien avec l'alimentation? (autre que l'allergie ex. : aversion orale, diabète, reflux gastrique, etc.)

Oui Non Si oui, veuillez spécifier :

5. Renseignements sur les difficultés vécues par votre enfant avec les allergies alimentaires

5.1 Description des incapacités, des obstacles et des contraintes vécus par votre enfant et son entourage (à la maison, école, garderie, etc.)

5.2 L'enfant a-t-il été suivi ou traité par d'autres spécialités? Oui Non

Spécialité	Depuis (année-mois)	Fréquence	Durée prévisible
A.			
B.			
C.			
D.			

6. Renseignements complémentaires

6.1 Selon l'âge de l'enfant...

Le langage oral de l'enfant est absent ou très rudimentaire.

Oui Non

La compréhension du langage oral par l'enfant est très limitée.

L'enfant est capable d'exprimer ses besoins.

L'enfant vit dans un contexte multilingue.

Langues parlées :

6.2 Qui est votre pédiatre/médecin de famille?

Nom

Adresse

Téléphone

6.3 Quel est l'hôpital le plus près?	
Du domicile principal :	
De l'école de l'enfant :	
6.4 Veuillez identifier les sport(s) pratiqué(s) par votre enfant ainsi que leur(s) fréquence :	
A.	
B.	
C.	
D.	
6.5 Fait-il/elle partie d'un programme sport-étude? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, quel est le nom de l'école :	
6.6 A-t-il/elle déjà eu une anaphylaxie à l'effort? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, veuillez spécifier le contexte :	
6.7 Y a-t-il d'autres membre(s) de la famille qui souffre d'allergie(s)?	
Alimentaire(s) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Qui?
Saisonniers(s) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Qui?
6.8 Est-ce que votre enfant a déjà tenté une désensibilisation alimentaire en milieu clinique ou projet de recherche?	
6.9 Quelles sont vos attentes envers le traitement d'immunothérapie orale?	
6.10 Selon vous, est-ce que votre enfant est prêt à débiter un traitement qui demande sa participation quotidienne à plus ou moins long terme qui, de plus, peut amener des effets secondaires désagréables tels que nausées, reflux, inconfort gastrique, une crise d'asthme chez les patients connus asthmatiques, urticaire, voir même une anaphylaxie, etc.	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nous ne sommes pas certains <input type="checkbox"/>	
Signature patient/parent/tuteur	Date (JJ/MM/AAAA)

Partie du professionnel

Un enfant peut être référé à la clinique d'immunothérapie orale s'il a une ou des allergie(s) alimentaire(s) confirmée(s) par :

- Dosage d'IgE spécifiques **supérieur** à la valeur prédictive positive de 95% (excluant les fruits et légumes)
- OU**
- En présence de tests récents (<12 mois) avec une valeur prédictive positive **inférieure** à 95%, on demande une réaction allergique récente (<2 ans) ou une provocation orale positive pour confirmer le diagnostic

Des documents de preuve tels les résultats de tests ou d'évaluations récentes sont exigés pour appuyer le diagnostic et doivent être fournis à l'appui de la demande.

Le diagnostic doit être **attesté par l'allergologue, ou son équivalent**, dans un rapport qui décrit les allergies de l'enfant et les problèmes découlant, ainsi que les mesures de soutien requises, le traitement mis en place et les recommandations appropriées (Section 2 du formulaire ci-bas).

Sections	Documents que le professionnel doit fournir
2. Allergies alimentaires détaillées	<ul style="list-style-type: none"> • Tests cutanés (< de 12 mois)<i>(si disponible)</i> • IgE spécifiques récents (< de 12 mois)<i>(Obligatoire*)</i> • Copie des résultats des provocations orales (challenge positif)
2.1 IgE totaux	IgE totaux récents (< de 12 mois) <i>(Obligatoire*)</i>
2.2 Tolérance aux formes cuites ou modifiées pour le lait et/ou les œufs	Copie des résultats des provocations orales
2.3 Omalizumab (Xolair)	<p>Si demande faite : Joindre la copie de la demande.</p> <p>Si déjà sous Xolair : Joindre une copie de l'ordonnance.</p>

Veuillez envoyer le formulaire de demande d'accès à la CITO ainsi que les documents nécessaires à l'adresse courriel crv.cito.hsj@ssss.gouv.qc.ca ou par télécopieur au **514 345-4623**.

Prenez-note que, dû à la demande grandissante, nous ne pouvons pas confirmer la réception de votre document.

Référence médicale à la clinique d'immunothérapie orale (CITO) du CHU Sainte-Justine

Partie du professionnel

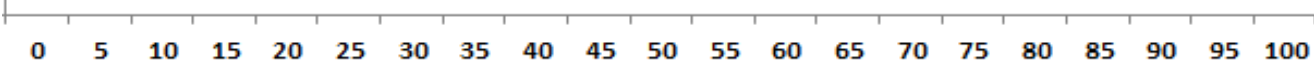
SECTION 1 – Doit être remplie par le parent

1. Renseignements sur l'identité de l'enfant		
Nom de famille	Prénom	Date de naissance (aaaa/mm/jj)
1.1 Consentement à communiquer des renseignements personnels Je consens à ce que les professionnels qui ont évalué ou traité mon enfant communiquent au CHU Sainte-Justine les renseignements nécessaires à l'évaluation de son admissibilité au programme CITO. Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Note : Seulement la mère, le père ou le tuteur peut donner son consentement.		
Nom	Signature	Date (aaaa/mm/jj)

SECTION 2 – Doit être remplie par le professionnel

Le patient est admissible si : A) challenge positif (< de 12 mois), **OU B)** réaction allergique récente avec test cutané positif (< de 12 mois) **OU C)** test(s) IgE spécifique(s) (< de 12 mois) avec seuil > 95% de la valeur prédictive positive

2. L'enfant est suivi pour les allergies alimentaires suivantes :						
Aliment (s)	Depuis (aaaa/mm)	Test cutané (mm) <i>(Si disponible)</i>	IgE spécifique <i>(Obligatoire*)</i>	Challenge fait (oui/non)	Date (aaaa/mm/jj)	Résultat du challenge
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
2.1 IgE totaux (*Obligatoire)			Date du prélèvement (aaaa/mm/jj)			
1.						
2.						
S.V.P., joindre une copie des résultats de laboratoires ainsi que les tests cutanés et les notes des challenges.						

2.2 Votre patient tolère-t-il les formes cuites ou modifiées des allergènes suivants : Œufs : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, depuis quand (date de la provocation orale) : Lait de vache : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, depuis quand (date de la provocation orale) :		
2.3 Avez-vous fait une demande de Xolair (OMALIZUMAB) pour votre patient? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, veuillez indiquer la date de la demande : Mon patient est déjà sous traitement de Xolair (OMALIZUMAB). Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, depuis combien de temps :		
2.4 Veuillez indiquer le niveau d'impact des allergies alimentaires sur la qualité de vie de votre patient comparativement à l'ensemble de vos patients avec allergie(s) alimentaire(s). /100  <p>0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100</p> <p>0 représentant votre patient le moins affecté par les allergies alimentaires et 100, votre patient le plus sévèrement affecté par les allergies alimentaires.</p>		
2.5 Anticipez-vous des problèmes (ex.: anxiété, non-compliance, opposition, etc.) à l'égard de votre patient et de l'immunothérapie orale? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, veuillez spécifier :		
2.6 Selon vous, combien de patients suivez-vous pour allergies alimentaires (approximativement) :		
3. Signature		
Nom de famille	Prénom	Profession
Adresse (lieu de pratique)		Numéro de licence
Ville	Province	Code postal
Téléphone	Autre	Poste
Signature		Date
3.1 Clause d'engagement du professionnel référant Je soussigné, Dr(e) _____, m'engage en tant que médecin assurant le suivi des allergies alimentaires de _____ à reprendre ce suivi lorsque ce dernier aura terminé son traitement d'immunothérapie orale.		
Signature		Date (JJ/MM/AAAA)
Veuillez nous faire parvenir tout le document (Parties du parent et du professionnel) ainsi qu'une copie de tous les résultats par courriel à crv.cito.hsj@ssss.gouv.qc.ca ou par télécopieur au : 514 345-4623.		

Référence médicale à la clinique d'immunothérapie orale (CITO) du CHU Sainte-Justine

Partie de l'infirmière

Priorisation de la demande

Priorité

Refus