



DEMANDE DE GASTROSCOPIE (ENDOSCOPIE)

Provenance de la demande		<input type="checkbox"/> Double identification faite		
<input type="radio"/> CIUSSS <input type="radio"/> CH <input type="radio"/> CHSLD <input type="radio"/> CLSC <input type="radio"/> CLINIQUE				
Préciser le nom :				
No de téléphone :		No de poste :	No de télécopieur :	
Consultation demandée par <input type="radio"/> médecin traitant <input type="radio"/> autre médecin référent			Nom :	
No de téléphone	No de permis	Signature du médecin	Date (aa-mm-jj)	
Copie des résultats au <input type="radio"/> médecin traitant <input type="radio"/> autre médecin référent <input type="radio"/> autres médecins particuliers				
Indiquer les noms et adresses :				
<input type="radio"/> Endoscopie Hôpital de Verdun Télécopier au 514-765-7388 ou Courriel : endoscopie.hdv.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca		Nom du médecin traitant, s'il y a lieu :		
<input type="radio"/> Endoscopie Hôpital Notre- Dame Télécopier au 514-362-7940 ou Courriel : endoscopie.hnd.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca				
Indication de la gastroscopie			Niveau de priorité*	
G1	<input type="checkbox"/> Hémorragie digestive haute - Diriger vers l'urgence immédiatement		P1	Immédiat ≤ 24 heures
G2	<input type="checkbox"/> Impaction de corps étranger œsophagien - Diriger vers l'urgence immédiatement			
G3	<input type="checkbox"/> Haut indice de suspicion de cancer basé sur l'imagerie ou l'examen clinique (joindre rapports et autres résultats)		P2	Urgent ≤ 14 jours
G4	<input type="checkbox"/> Dysphagie sévère ou rapidement progressive et/ou odynophagie			
G5	<input type="checkbox"/> Dysphagie stable (non sévère)		P3	Semi-électif ≤ 60 jours
G6	<input type="checkbox"/> RGO avec au moins un symptôme d'alarme			
G7	<input type="checkbox"/> Confirmation du diagnostic de maladie cœliaque (test anti-transglutaminases positif)			
G8	<input type="checkbox"/> Anomalie à la gorgée barytée sauf suspicion de cancer			
G9	<input type="checkbox"/> Dyspepsie mal contrôlée ou pseudo dysphagie (sensation globus)		P4	Électif ≤ 6 mois
G10	<input type="checkbox"/> Reflux gastro-œsophagien mal contrôlé			
G11	<input type="checkbox"/> Reflux gastro-œsophagien chronique (dépistage chez les patients de plus de 45 ans)			
G12	Antécédents personnels (surveillance) : <input type="checkbox"/> Œsophage de Barrett		C	CONTRÔLE Date cible d'examen
G13	<input type="checkbox"/> Varices œsophagiennes	Date de la dernière gastroscopie → (aa-mm-jj)		
G14	<input type="checkbox"/> Ulcère gastrique			
G15	<input type="checkbox"/> Adénome gastrique			
G16	<input type="checkbox"/> Métaplasie intestinale			
G17	<input type="checkbox"/> Suivi œsophagite			
G18	<input type="checkbox"/> Autres :		Réservé à l'endoscopie	
Renseignements complémentaires pertinents				
Médication	Anticoagulants : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Médicament :	Indications :	
	Antiplaquettaires : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Médicament :	Indications :	
Protocole d'anticoagulothérapie / antiplaquettaire – Recommandations en vue de l'examen :				
Autres	AINS : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Médicament :	Indications :	
	MPPOC oxygénéodépendant : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Diabète traité Insuline <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Hypoglycémiant oraux <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
	Apnée du sommeil avec appareil : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Insuffisance cardiaque sévère classe 4 : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Insuffisance rénale : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
	Stimulateur cardiaque : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Problèmes de compréhension <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Problèmes de mobilité : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
Défibrillateur cardiaque : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non				
*N.B. Les délais et priorités proposés sont des cibles d'amélioration à atteindre et ne constituent pas des directives de pratiques cliniques.				
Autres commentaires :				