|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | G:\Archivistes\Projet oWord\Gabarits\JMA\Logo\LogoCIUSSSCSIM.jpg | No de dossier : | RAMQ : | | Nom : | Prénom : | | DDN :       (     ) | Sexe : | | Début épisode : | No ch. : | | Md traitant : | |   \*SM03011\*  **DEMANDE DE CONSULTATION EN GASTROENTÉROLOGIE ADULTE** |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Raison de consultation** | | **Échelle de priorité clinique A: ≤ 3 jrs B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois** | | | | | | |
|  | Douleur abdominale sans symptôme d’alarme (Prérequis : justification nécessaire dans la section Autre) (rapport IM et résultats labos pertinents) | | | | | | | **E** |
| **Perturbations du bilan hépatique** | | |  | ALT entre 201 - 500 UI et IRN normal  *(Prérequis: FSC, créatinine, albumine et bilan hépatique < 3 mois)*  ALT entre 91 - 200 UI et IRN normal  *(Prérequis : FSC, créatinine,*  *albumine et bilan hépatique*  *< 3 mois)*  ALT entre 40 - 90 UI > 6 mois (sans alcool) avec anomalie au bilan d'hépatopathie de base  *(Prérequis : justification nécessaire dans la section Autre)*  *Voir feuille jointe*  Stéatose hépatique avec ALT < 90 UI à risque de fibrose/cirrhose  *(Prérequis : justification nécessaire dans la section Autre)*  *Voir feuille jointe*  Lettre à faire suivre | | | | **B**  **D**  **E**  **E** |
| **Cirrhose compensée ou de novo confirmée par imagerie**  ***(Prérequis : Rapport IM)*** | | |  | INR > 1,7 ou bilirubine totale > 34 ou albumine < 28 sans encéphalopathie | | | | **C** |
|  | INR entre 1,2 et 1,7 ou albumine entre  28-35 ou bilirubine totale entre 17-34 | | | | **D** |
|  | INR, albumine et bilirubine totale normaux | | | | **E** |
|  | Ictère avec bilirubine totale > 60 ou < 40 avec dilatation des voies biliaires à l’échographie avec INR normal  (Prérequis : Rapport IM) | | | | | | | **B** |
|  | Haute suspicion de cancer digestif basée sur l’imagerie excluant le cancer colorectal : utiliser le formulaire AH-702)  (Prérequis : Rapport IM) | | | | | | | **B** |
|  | Anomalie non suspecte au pancréas ou au foie (selon imagerie) mais nécessitant un suivi ou une précision  (Prérequis : Rapport IM) | | | | | | | **D** |
|  | Autre raison de consultation non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique  (justification OBLIGATOIRE dans la section suivante)  \* Voir l’endos de ce formulaire | | | | | | Priorité clinique | |
| **Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires** | | | | | **Si prérequis exigé(s) :** | | | |
|  | | | | |  | Disponible(s) dans DSQ | | |
|  | Annexé(s) à la présente demande | | |
| **Besoins spéciaux :** | | | | | | | | |
| **Diriger l'usager à l'urgence** | | | | | | | | |
| * Hémorragie digestive aiguë * Impaction alimentaire ou corps étranger * Cholangite * Pancréatite aiguë * Encéphalopathie hépatique de novo (1er épisode) * Ascite (1er épisode ou fébrile) * Hépatite aiguë sévère (ALT > 500) | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Remplir le formulaire**  **AH- 702**  **Demande de coloscopie**  **et faxer au 514- 765-7388**  **Endoscopie digestive**  **Hôpital de Verdun** | * Haute suspicion de cancer colorectal basée sur l’imagerie, * RSOSi positif (FIT positif), * Diarrhées chroniques / constipation chr, rectorragie, * Anémie ferriprive non gynécologique, Suspicion de MII, * Suivi diverticulite, * Dépistage atcd fx +, dépistage atcd personnel +, * Modification récente des habitudes intestinales. |
| **Remplir le formulaire**  **Demande de gastroscopie**  **et faxer au 514- 765-7388**  **Endoscopie digestive**  **Hôpital de Verdun** | * Haut indice de suspicion de cancer basé sur l’imagerie ou l’examen clinique (joindre rapports et autres résultats) * Dysphagie sévère ou rapidement progressive et/ou odynophagie * Dysphagie stable (non sévère) Confirmation du diagnostic de maladie cœliaque (anti-transglutaminases positifs) * Anomalie à la gorgée barytée sauf suspicion de cancer * Dyspepsie mal contrôlée * Reflux gastro-œsophagiens mal contrôlés * Reflux gastro-œsophagiens chroniques (dépistage chez les patients de plus de 45 ans) * Œsophage de Barrett |
|
|
|
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification du médecin référent et du point de service** | | | | | | | | **Estampe** |
| Nom du médecin référent | | | | | | N° de permis | |  |
|  | | | | | |  | |
| lnd. rég. | N° de téléphone | | N° de poste | lnd. rég. | N° de télécopieur | | |
|  |  | |  |  |  | | |
| Nom du point de service | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Signature** | |  | | | | | Date |
|  | | | | |  |
| Médecin de famille :  Idem au médecin référent  Usager sans médecin de famille | | | | | | | | Référence nominative (si requis) |
| Nom du médecin de famille | | | | | | | | Si vous désirez une référence à un médecin ou à un point de service en particulier |
|  | | | | | | | |
| Nom du point de service | | | | | | | |
|  | | | | | | | |