|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 entre28-35 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 |
|  |