



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	
<input type="checkbox"/> Douleur abdominale sans symptôme d'alarme (Prérequis : justification nécessaire dans la section Autre) (rapport IM et résultats labos pertinents)		E
Perturbations du bilan hépatique	<input type="checkbox"/> ALT entre 201 - 500 UI et IRN normal (Prérequis : FSC, créatinine, albumine et bilan hépatique < 3 mois)	B
	<input type="checkbox"/> ALT entre 91 - 200 UI et IRN normal (Prérequis : FSC, créatinine, albumine et bilan hépatique < 3 mois)	D
	<input type="checkbox"/> 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	E
	<input type="checkbox"/> Stéatose hépatique avec ALT < 90 UI à risque de fibrose/cirrhose (Prérequis : justification nécessaire dans la section Autre) Voir feuille jointe	E
	<input type="checkbox"/> Lettre à faire suivre	
Cirrhose compensée ou de novo confirmée par imagerie (Prérequis : Rapport IM)	<input type="checkbox"/> INR > 1,7 ou bilirubine totale > 34 ou albumine < 28 sans encéphalopathie	C
	<input type="checkbox"/> INR entre 1,2 et 1,7 ou albumine entre 28-35 ou bilirubine totale entre 17-34	D
	<input type="checkbox"/> INR, albumine et bilirubine totale normaux	E
<input type="checkbox"/> Ictère avec bilirubine totale > 60 ou < 40 avec dilatation des voies biliaires à l'échographie avec INR normal (Prérequis : Rapport IM)		B
<input type="checkbox"/> Haute suspicion de cancer digestif basée sur l'imagerie excluant le cancer colorectal : utiliser le formulaire AH-702 (Prérequis : Rapport IM)		B
<input type="checkbox"/> Anomalie non suspecte au pancréas ou au foie (selon imagerie) mais nécessitant un suivi ou une précision (Prérequis : Rapport IM)		D
<input type="checkbox"/> 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) :
		<input type="checkbox"/> Disponible(s) dans DSQ
		<input type="checkbox"/> Annexé(s) à la présente demande
Besoins spéciaux :		
Diriger l'utilisateur à l'urgence		
<ul style="list-style-type: none"> • 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) 		

Nom :

Prénom :

Dossier :

<p>Remplir le formulaire AH- 702 Demande de coloscopie et faxer au 514- 765-7388 Endoscopie digestive Hôpital de Verdun</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
<p>Remplir le formulaire Demande de gastroscopie et faxer au 514- 765-7388 Endoscopie digestive Hôpital de Verdun</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 coeliaque (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	
Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste	Ind. rég.	N° de télécopieur	
Nom du point de service					
Signature			Date (année, mois, jour)		
Médecin de famille : <input type="checkbox"/> Idem au médecin référent <input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille					
Nom du médecin de famille				Référence nominative (si requis)	
Nom du point de service				Si vous désirez une référence à un médecin ou à un point de service en particulier	