



## DEMANDE DE CONSULTATION EN STOMOTHÉRAPIE

Consentement: <input type="radio"/> Usager <input type="radio"/> Représentant légal <input type="checkbox"/> Double identification faite	
<b>Provenance de l'utilisateur</b>	
<input type="checkbox"/> Hôpital : <input type="checkbox"/> HV <input type="checkbox"/> HND <input type="checkbox"/> Unité de soins : _____ <input type="checkbox"/> Médecine de jour <input type="checkbox"/> Cliniques externes <input type="checkbox"/> CHSLD : <input type="checkbox"/> Secteur SOV <input type="checkbox"/> Secteur Jeanne-Mance Site : _____ <input type="checkbox"/> RPA/RI/CLSC : _____ <input type="checkbox"/> IRGLM : _____ <input type="checkbox"/> Clinique : _____	
Professionnel/Médecin référent : _____ Titre : _____ Téléphone : (____) _____ - _____ poste : _____ Télécopieur : (____) _____ - _____ Courriel : _____	
<b>Informations cliniques de l'utilisateur</b>	
Allergie(s) : _____ Objectif de soins : <input type="radio"/> Curable <input type="radio"/> Maintien <input type="radio"/> Incurable <input type="radio"/> Autres : _____ Mode de déplacement : <input type="radio"/> Ambulant <input type="radio"/> Déambulateur <input type="radio"/> Fauteuil roulant <input type="radio"/> Lève-personne Accompagnement : <input type="radio"/> Seul <input type="radio"/> Infirmière <input type="radio"/> Infirmière auxiliaire <input type="radio"/> PAB <input type="radio"/> Autre : _____ Site de la plaie : _____ Retour de chariot : _____ Niveau de soin : _____	
<b>Étiologie de la plaie</b>	
<input type="checkbox"/> Chirurgicale <input type="checkbox"/> Ulcère veineux <input type="checkbox"/> Déchirure cutanée	<input type="checkbox"/> Brûlure <input type="checkbox"/> Ulcère artériel <input type="checkbox"/> Traumatique <input type="checkbox"/> Ulcère mixte <input type="checkbox"/> Plaie oncologique <input type="checkbox"/> Ulcère pied diabétique
Lésion de pression : Stade <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> Indéterminé <input type="radio"/> LTP <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____	
Durée d'évolution : <input type="radio"/> ≤ 1 mois <input type="radio"/> ≥ 3 mois <input type="radio"/> ≥ 6 mois <input type="radio"/> ≥ 1 an	
Raison de la consultation : <input type="radio"/> Détérioration <input type="radio"/> Stagnation <input type="radio"/> Autre : _____	
Compression : Type : _____ Date de début : _____	
<b>Délai de prise en charge SOUHAITÉ</b>	
<input type="radio"/> ≤ 2 semaines	<input type="radio"/> ≤ 1 mois
<b>Résultats tests de laboratoire</b>	
<input type="checkbox"/> Albumine : _____ g/L <input type="checkbox"/> Pré-albumine : _____ g/L <input type="checkbox"/> Hémoglobine : _____ g/L <input type="checkbox"/> Culture de plaie (si stagnation de la cicatrisation ou signes d'infection) <input type="checkbox"/> Autre : _____	<b>Examens</b>
	<input type="checkbox"/> Rayon X : _____ <input type="checkbox"/> Indice de pression systolique cheville/bras : Date : _____ - Côté droit : _____ - Côté gauche : _____ <input type="checkbox"/> Doppler scan artériel <input type="checkbox"/> Scintigraphie osseuse <input type="checkbox"/> Autre : _____
<b>Demande pour soins de stomie</b>	
Date de la chirurgie : ____/____/____ Nom du chirurgien : _____ Type de Stomie : <input type="radio"/> Colostomie <input type="radio"/> Iléostomie <input type="radio"/> Urostomie <input type="radio"/> Jéjunostomie <input type="radio"/> Gastrostomie Appareillage en place et nom compagnie : _____ Taille de la stomie : _____ mm # du sac : _____ # de la collerette : _____ Accessoires (si applicable) : _____ Fréquence de changement : _____ Problématique observée : _____	
<b>Documents à joindre obligatoirement à la demande de consultation</b>	
<input type="checkbox"/> Évaluation initiale de la plaie <input type="checkbox"/> Évaluation et suivi de la plaie	<input type="checkbox"/> Échelle de BRADEN <input type="checkbox"/> Résultat : MRSA : <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Résultat d'examen radiologiques (si disponible) <input type="checkbox"/> AH-217 : Autorisation pour : photos, etc.
Signature : _____ Date : ____/____/____	
<b>Réservé à l'administration</b>	
Date de réception : ____/____/____ <input type="radio"/> Acceptée <input type="radio"/> Refusée	Par : _____ Raison : _____
<b>Veillez acheminer votre demande de consultation à l'endroit suivant :</b> Hôpital de Verdun et secteur SOV : par télécopieur au 514-362-7936 Hôpital Notre-Dame et secteur Jeanne-Mance : par télécopieur : 514-362-7963 Autres secteurs par courriel : stomotherapie.ccsmtl@sss.gouv.qc.ca	

