



DT9283

CONSULTATION EN GASTROENTÉROLOGIE

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

Nom et prénom de l'utilisateur			
N° d'assurance maladie		Année	Mois
		Expiration	
Nom et prénom du parent			
Ind. rég.	N° téléphone	Ind. rég.	N° téléphone (autre)
Adresse			
Code postal			

Raison de consultation		Échelle de priorité clinique : A : ≤ 3 jrs B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois				
Dysphagie (excluant origine oro-pharyngée ou neuromusculaire)	<input type="checkbox"/> Stable et intermittente	D	Perturbations du bilan hépatique <i>(Prérequis : écho abdominale demandée, joindre bilan hépatique, FSC, créatinine, albumine et INR)</i>	<input type="checkbox"/> ALT entre 201 – 500 UI et INR normal	B	
	<input type="checkbox"/> Rapidement progressive	B		<input type="checkbox"/> ALT entre 91 – 200 UI et INR normal	D	
Dyspepsie	<input type="checkbox"/> Reflux non-contrôlé par IPP n'ayant jamais eu de gastroscopie	E	Cirrhose compensée ou de novo confirmée par imagerie <i>(Prérequis : joindre rapport d'échographie abdominale, joindre bilan hépatique, FSC, créatinine, albumine et INR)</i>	<input type="checkbox"/> Élévation asymptomatique des ALT entre 40 et 90 UI et stable depuis 6 mois	E	
	Avec au moins un symptôme d'alarme : <input type="checkbox"/> Perte de poids > 10 % en 6 mois <input type="checkbox"/> Début à l'âge ≥ 55 ans <input type="checkbox"/> Évidence de saignement associé <input type="checkbox"/> Vomissements	C C C C		<input type="checkbox"/> INR > 1,7 ou bilirubine totale > 34 ou albumine < 28 sans encéphalopathie	C	
Remplir le formulaire AH-702 Demande de coloscopie ou Accueil clinique si disponible	Haute suspicion de cancer colorectal basée sur l'imagerie		<input type="checkbox"/> Ictère avec bilirubine totale > 60 ou > 40 avec dilatation des voies biliaires à l'échographie avec INR normal <i>(Prérequis : joindre bilan hépatique, FSC, créatinine, albumine et INR)</i>		B	
	Diarrhée chronique/Constipation chronique					
	Rectorragie (saignement anorectal)					
	RSOSi positif					
	Anémie ferriprive non gynécologique					
	Éléments cliniques suggérant une maladie inflammatoire de l'intestin active (MII)			<input type="checkbox"/> Haute suspicion de cancer digestif basée sur l'imagerie (excluant le cancer colorectal : utiliser le formulaire AH-702) <i>(Prérequis : joindre rapport d'imagerie)</i>		B
	Suivi de diverticulite					
Autre (utiliser cette section pour modifier une priorité ou pour tout autre raison de consultation et justifier) :					Priorité clinique	
Renseignements cliniques pertinents (joindre rapports, médication, etc.)						
Besoins spéciaux :						
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				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						

Complétion du formulaire	
Ce formulaire doit être utilisé pour la clientèle de 16 ans et plus.	
Identification de l'utilisateur	<ul style="list-style-type: none"> Inscrire le numéro de téléphone qui permettra au Centre de répartition des demandes de service (CRDS) de confirmer le rendez-vous (RV). Inscrire le code postal afin de permettre de donner un RV à proximité du domicile de l'utilisateur.
Raison de consultation	<ul style="list-style-type: none"> Cocher la raison de consultation. Sinon inscrire la raison de consultation non prévue au formulaire dans la case « Autre » et préciser la priorité clinique.
Priorité clinique	<ul style="list-style-type: none"> Justifier toute priorité clinique modifiée ou toute autre raison de consultation. <p><i>Permet au CRDS de connaître le délai maximal pour réaliser la consultation.</i> <i>Délai calculé en jours calendrier (inclus jours fériés et fins de semaine).</i> <i>Vous serez informé de toute priorité ne pouvant être respectée.</i></p>
Renseignements cliniques pertinents	<ul style="list-style-type: none"> Inscrire toutes les informations justifiant la priorité clinique ou sa modification. Acheminer au CRDS tous les prérequis (rapports ou analyses) nécessaires pour la consultation. Joindre la liste de médicaments. Besoins spéciaux : Inscrire les besoins particuliers tels que : interprète, déplacement en fauteuil roulant ou autre.
Identification du médecin référent et du point de service	Remplir cette section afin que le rapport de consultation vous soit acheminé au bon point de service.
Référence nominative	Il est possible que le délai ne soit pas respecté si le médecin demandé n'est pas disponible. Le CRDS communiquera alors avec vous afin de convenir d'une solution alternative.
Formulaire	<ul style="list-style-type: none"> Acheminer par télécopieur le formulaire à votre CRDS. Ne pas remettre de copie du formulaire à l'utilisateur.

Alertes cliniques (liste non exhaustive)
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 (1^{er} épisode) Ascite (1^{er} épisode ou fébrile) Hépatite aiguë sévère (ALT > 500) <p>Utiliser le formulaire de l'Accueil clinique si disponible</p>