



DT9252

## CONSULTATION EN GYNÉCOLOGIE ADULTE

Attention : Consulter les alertes cliniques au verso. Favoriser les protocoles de l'Accueil clinique pour les grossesses du premier trimestre.  
**Ce formulaire ne s'applique pas pour les grossesses au-delà de 14 semaines.**

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						
Saignements utérins anormaux (SUA)	<input type="checkbox"/> Post-ménopausiques			<b>C</b>	Polypes et épaississement de l'endomètre	<input type="checkbox"/> Polypes de l'endomètre	<input type="checkbox"/> Post-ménopausiques sans SUA	<b>D</b>
	<input type="checkbox"/> Pré-ménopausiques (Prérequis : Hb, β-HCG et rapport d'échographie pelvienne)	<input type="checkbox"/> Hb < 80				<b>C</b>	<input type="checkbox"/> Pré-ménopausiques	<b>E</b>
		<input type="checkbox"/> Hb entre 80 et 120				<b>D</b>	<input type="checkbox"/> Épaississement de l'endomètre > 11 mm post ménopausique (Prérequis : rapport échographie endovaginale)	<b>D</b>
	<input type="checkbox"/> Hb > 120			<b>E</b>	<input type="checkbox"/> Polype du col avec cytologie normale	<b>E</b>		
Fibromes	<input type="checkbox"/> Fibromes > 10 cm ou signes/symptômes compressifs (Prérequis : rapport d'échographie pelvienne)			<b>D</b>	Vulvo-vaginal	<input type="checkbox"/> Pathologies vulvaires/vaginales bénignes	<b>E</b>	
	<input type="checkbox"/> Fibromes asymptomatiques et Hb normale (Prérequis : rapport d'échographie pelvienne)			<b>E</b>		<input type="checkbox"/> Vulvo-vaginites récidivantes et réfractaires	<b>E</b>	
Masse annexielle	Post-ménopausique (Prérequis : rapport d'échographie pelvienne et Ca-125)	<input type="checkbox"/> Complexe <sup>1</sup>			<b>C</b>	Autres	<input type="checkbox"/> Dyspareunie ou vaginisme	<b>E</b>
		<input type="checkbox"/> Simple			<b>D</b>		<input type="checkbox"/> Contraception complexe, ligature tubaire ou stérilet	<b>E</b>
	Pré-ménopausique, masse persistante > 3 cm (Prérequis : 2 rapports d'échographie pelvienne ≥ 2 mois d'intervalle)	<input type="checkbox"/> Complexe <sup>1</sup>			<b>C</b>		<input type="checkbox"/> Infertilité <sup>2</sup>	<b>E</b>
<input type="checkbox"/> Simple				<b>D</b>	<input type="checkbox"/> Aménorrhée secondaire de > 6 mois (Prérequis : TSH, PRL, LH, FSH, β-HCG)	<b>D</b>		
	<input type="checkbox"/> Avec ascite ou carcinomatose péritonéale (Prérequis : rapport d'imagerie)			<b>B</b>	<input type="checkbox"/> Ménopause complexe (Prérequis : justifier le besoin)	<b>E</b>		
Néoplasie	Cytologie anormale ou lésion du col visuellement suspecte <b>Référer directement au Centre de colposcopie de votre territoire</b>					<input type="checkbox"/> Prolapsus génital symptomatique <sup>3</sup>	<b>E</b>	
	<input type="checkbox"/> Lésion vulvaire ou vaginale suspecte			<b>C</b>	<input type="checkbox"/> Endométriose suspectée ou douleur pelvienne chronique (> 6 mois) (Prérequis : rapport d'échographie pelvienne)	<b>E</b>		
	<input type="checkbox"/> Néoplasie de l'endomètre confirmée (Prérequis : rapport de pathologie)			<b>B</b>				

<input type="checkbox"/> Autre raison de consultation non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique (justification OBLIGATOIRE dans la section suivante) :	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<sup>4</sup> :

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						

## Légende

<sup>1</sup> Description masse annexielle complexe : hétérogène, zone solide, avec septa

<sup>2</sup> Définition de l'infertilité :

- Infertilité ≥ 1 an AVEC cycles réguliers ET âgée < 35 ans
- Infertilité ≥ 6 mois AVEC cycles irréguliers OU âgée ≥ 35 ans
- Spermogramme anormal
- ≥ 3 avortements spontanés

<sup>3</sup> Prolapsus génital symptomatique : cystocèle, rectocèle, prolapsus utérin ou évaluation de pessaire

<sup>4</sup> Inscrire l'indice de masse corporelle si > 35, si mobilité réduite, besoin d'interprète, etc.

### Alertes cliniques (liste non exhaustive)

#### Diriger l'utilisateur vers l'urgence

- Grossesse ectopique soupçonnée ou confirmée
- Ménorragie aiguë importante
- Hyperemesis gravidarum avec déshydratation
- Abscess de la glande de Bartholin
- Infection pelvienne aiguë avec ou sans abcès
- Prolapsus génital complet en rétention urinaire
- Avortement avec saignement actif important ou fièvre
- Saignement du 1<sup>er</sup> trimestre ou

Orienter la femme vers les ressources disponibles dans la région : Accueil clinique (utiliser formulaire approprié), clinique du 1<sup>er</sup> trimestre

### Les services suivants doivent être orientés en 1<sup>re</sup> ligne et non pas au CRDS :

Visite gynécologique de santé préventive, incluant :

- Examen annuel/cytologie cervico-vaginale (PAP test)/dépistage ITSS
- Ménopause
- Contraception

**N.B. Les maladies du sein ne sont pas prises en charge par la gynécologie**