



DT9264

## CONSULTATION EN HÉMATOLOGIE ET NÉOPLASIE HÉMATOLOGIQUE ADULTE

**Attention :**

- Consulter les alertes cliniques au verso.
- Favoriser les protocoles de l'Accueil clinique (si disponibles) avant de remplir ce formulaire.

- Résultats de laboratoire récent (< 2 mois)  
 Le patient a été avisé de la demande de consultation

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 : B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois	
		<i>Pour les consultations de priorité A (≤ 3 jrs), ne pas les transmettre au CRDS ; utiliser les corridors suivants : spécialiste de garde, accueil clinique, etc.</i>	
Globules rouges	<input type="checkbox"/> Pancytopénie ou bicytopenie (neutros < 1 x 10 <sup>9</sup> /L et plaquettes < 75 x 10 <sup>9</sup> /L et/ou Hb < 85 g/L)	<b>B</b>	Hémostasie
	Anémie inexplicite (Prérequis : bilan martial, B12, créatinine, TSH)	<input type="checkbox"/> Hb < 85 g/L <b>B</b> <input type="checkbox"/> Hb entre 85 g/L et 100 g/L <b>D</b> <input type="checkbox"/> Femme : Hb > 100 g/L à 112 g/L <b>E</b> <input type="checkbox"/> Homme : Hb > 100 g/L à 130 g/L <b>E</b>	
	<input type="checkbox"/> Anémie ferriprive Hb < 100 g/L investiguée qui ne répond pas à 6 mois de thérapie orale	<b>C</b>	
Polyglobulie	<input type="checkbox"/> Ht > 0,65 ou Hb > 200 g/L contrôlée	<b>C</b>	Suspicion de néoplasie
	<input type="checkbox"/> Ht > 0,10 de + que la normale	<b>E</b>	
Globules blancs	Neutropénie	<input type="checkbox"/> < 0,5 x 10 <sup>9</sup> /L (valeur absolue) <b>B</b> <input type="checkbox"/> entre 0,5 et 1 x 10 <sup>9</sup> /L (valeur absolue) <b>D</b> <input type="checkbox"/> entre 1,1 et 1,3 x 10 <sup>9</sup> /L (contrôlée après 3 mois) <b>E</b>	Suspicion de néoplasie
	<input type="checkbox"/> G.B. > 20 x 10 <sup>9</sup> /L avec myélémie <sup>1</sup>	<b>E</b>	
	<input type="checkbox"/> Neutrophilie inexplicite de plus de 15 x 10 <sup>9</sup> /L (contrôlée après 3 mois)	<b>B</b>	
Globules blancs	Lymphocytose avec	<input type="checkbox"/> Hb < 100 g/L <b>B</b> <input type="checkbox"/> plaquettes < 100 x 10 <sup>9</sup> /L ou neutros < 1 x 10 <sup>9</sup> /L <b>B</b> <input type="checkbox"/> lymphocytose > 100 x 10 <sup>9</sup> /L <b>B</b>	Suspicion de néoplasie
	<input type="checkbox"/> Lymphocytose isolée de 30 à 100 x 10 <sup>9</sup> /L	<b>C</b>	
	<input type="checkbox"/> Lymphocytose isolée 5 à 30 x 10 <sup>9</sup> /L	<b>D</b>	
Plaquettes	<input type="checkbox"/> Éosinophilie supérieure à 1,5 contrôlée après 6 mois	<b>D</b>	Autres
	Thrombopénie	<input type="checkbox"/> 20-49 x 10 <sup>9</sup> /L <b>B</b> <input type="checkbox"/> 50-74 x 10 <sup>9</sup> /L <b>D</b> <input type="checkbox"/> 75-100 x 10 <sup>9</sup> /L contrôlée après 3 mois <b>E</b>	
	Thrombocytose	<input type="checkbox"/> 450-699 x 10 <sup>9</sup> /L contrôlée après 3 mois <b>E</b> <input type="checkbox"/> 700-999 x 10 <sup>9</sup> /L <b>C</b> <input type="checkbox"/> ≥ 1000 x 10 <sup>9</sup> /L <b>B</b>	
		Diathèse hémorragique (Prérequis : INR, PTT, fibrinogène ou temps de thrombine)	
		<input type="checkbox"/> Avec tests anormaux <b>D</b>	
		<input type="checkbox"/> Avec tests normaux <b>E</b>	
		<input type="checkbox"/> Thrombose récidivante ou site non usuel <b>D</b>	
		<input type="checkbox"/> Suspicion de thrombophilie <b>E</b>	
		<input type="checkbox"/> Suspicion de lymphome (ex. : magma ganglionnaire significatif de taille > 5 cm ou symptôme B <sup>2</sup> ) <b>B</b>	
		<input type="checkbox"/> Ganglions augmentés en nombre et en taille (exérèse chirurgicale suggérée si > 2cm et soutenu > 3 mois) <b>C</b>	
		Splénomégalie (Rate > 15 cm)	<input type="checkbox"/> Avec cytopénie <b>C</b> <input type="checkbox"/> Sans cytopénie <b>D</b>
		<input type="checkbox"/> Lymphome confirmé (Prérequis : rapport de pathologie) <b>B</b>	
		Pic monoclonal	<input type="checkbox"/> Avec cytopénie (Hb < 100 g/L ou plaquettes < 100 x 10 <sup>9</sup> /L ou neutros < 1 x 10 <sup>9</sup> /L ou insuffisance rénale de novo ou hypercalcémie) <b>B</b> <input type="checkbox"/> > 15 g/L <b>C</b>
			<input type="checkbox"/> < 15 g/L sans cytopénie (Hb > 100 g/L et plaquettes > 100 x 10 <sup>9</sup> /L et neutros > 1 x 10 <sup>9</sup> /L) <b>E</b>
		Hémoglobino-pathie prouvée	<input type="checkbox"/> Hb ≤ 100 g/L <b>D</b> <input type="checkbox"/> Hb > 100 g/L <b>E</b>
		Ferritine augmentée avec gène HFE <sup>3</sup> muté	<input type="checkbox"/> ≥ 1000 mcg/L <b>D</b> <input type="checkbox"/> < 1000 mcg/L <b>E</b>
		<input type="checkbox"/> Hématologie obstétricale <b>C</b>	
		<b>Référer à la clinique GARE. Si non disponible, spécifier le lieu planifié de l'accouchement :</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

<b>Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires</b>	<b>Si prérequis exigé(s) :</b>
	<input type="checkbox"/> Disponible(s) dans DSQ <input type="checkbox"/> Annexé(s) à la présente demande <input type="checkbox"/> Prescrit(s)

<b>Besoins spéciaux :</b>	
<b>Identification du médecin référent et du point de service</b>	
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	
<b>Signature</b>	Date (année, mois, jour)
<b>Médecin de famille :</b> <input type="checkbox"/> Idem au médecin référent <input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille	
<b>Référence nominative (si requis)</b>	
Si vous désirez une référence à un médecin ou à un point de service en particulier	
Nom du médecin de famille	
Nom du point de service	

## Légende

<sup>1</sup> Myélémie : présence de myélocytes et métamyélocytes au décompte manuel

<sup>2</sup> Symptôme B : fièvre inexplicquée, perte de poids de plus de 10 %, sudations nocturnes

<sup>3</sup> HFE : génotype, si homozygote ou double hétérozygote, associé à la présence d'une hémochromatose héréditaire (H63D, C282Y)

### Alertes cliniques (liste non exhaustive)

#### Considérer diriger l'utilisateur vers l'urgence

- Anémie sévère (Hb < 70 g/L)
- Thrombocytopénie sévère <  $20 \times 10^9/L$  ou avec saignement significatif
- Suspicion de leucémie aiguë
- Neutropénie <  $1,0 \times 10^9/L$  et  $T^\circ \geq 38,3^\circ C$
- Thrombose aiguë

Utiliser le formulaire de l'Accueil clinique si disponible