



DT9264

## CONSULTATION EN HÉMATO-ONCOLOGIE/HÉMATOLOGIE ADULTE

**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 |   |  |   |  |          |
|---|---|---|---|--|---|--|----------|
| Globules rouges   | Anémie sévère non ferriprive<br>Hb < 85 g/L   | <input type="checkbox"/> Avec autre cytopénie   | <b>B</b>  | Hémostase  | Diathèse hémorragique   | <input type="checkbox"/> Avec tests anormaux (INR, PTT, fibrinogène ou temps de thrombine) | <b>D</b> |
|   |   | <input type="checkbox"/> Sans autre cytopénie   | <b>C</b>  |  |   | <input type="checkbox"/> Avec tests normaux  | <b>E</b> |
|   | Anémie inexplicquée (Prérequis : bilan martial, B12, créatinine, TSH)   | <input type="checkbox"/> Hb entre 85 g/L et 100 g/L   | <b>D</b>  |  | <input type="checkbox"/> Thrombose récidivante ou site non usuel  | <b>D</b>   |          |
|   |   | <input type="checkbox"/> Hb ≥ 100 g/L   | <b>E</b>  | <input type="checkbox"/> Suspicion de thrombophilie  | <b>E</b>  |  |          |
| Polyglobulie  | <input type="checkbox"/> Ht > 0,65 ou Hb > 200 g/L contrôlée  | <b>C</b>  | Suspicion de néoplasie  | <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"/> Ht > 0,10 de + que la normale  | <b>E</b>  |   | <input type="checkbox"/> Ganglions augmentés en nombre et en taille <sup>3</sup>   | <b>C</b>  |  |          |
| Globules blancs   | <input type="checkbox"/> Neutropénie < 0,5 x 10 <sup>9</sup> /L (valeur absolue)  | <b>B</b>  |   | <input type="checkbox"/> Splénomégalie >15 cm sans cytopénie   | <b>C</b>  |  |          |
|   | <input type="checkbox"/> Neutropénie entre 0,5 et 1 x 10 <sup>9</sup> /L (valeur absolue)   | <b>D</b>  |   | <input type="checkbox"/> Lymphome confirmé (Prérequis : rapport de pathologie)   | <b>B</b>  |  |          |
|   | <input type="checkbox"/> Neutropénie entre 1,1 et 1,5 x 10 <sup>9</sup> /L (contrôlée après 3 mois)   | <b>E</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"/> G.B. > 20 x 10 <sup>9</sup> /L avec myélocémie <sup>1</sup>  | <b>B</b>  |   |  | <input type="checkbox"/> > 15 g/L   | <b>C</b>   |          |
|   | <input type="checkbox"/> Neutrophilie contrôlée et inexplicquée   | <b>E</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>   |          |
|   | <input type="checkbox"/> Lymphocytose 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 lymphocytose > 100 x 10 <sup>9</sup> /L | <b>B</b>  |   | Autres   | <input type="checkbox"/> Pancytopénie ou bicytopénie (neutros < 1 x 10 <sup>9</sup> /L, plaquettes < 75 x 10 <sup>9</sup> /L, Hb < 85 g/L)  | <b>B</b>   |          |
|   | <input type="checkbox"/> Lymphocytose de 30 à 100 x 10 <sup>9</sup> /L  | <b>C</b>  |   |  | Ferritine augmentée avec HFE <sup>4</sup> positif   | <input type="checkbox"/> > 1000 mcg/L  | <b>D</b> |
| <input type="checkbox"/> Lymphocytose < 30 x 10 <sup>9</sup> /L | <b>D</b>  |   |   |  | <input type="checkbox"/> < 1000 mcg/L   | <b>E</b>   |          |
| Plaquettes  | <input type="checkbox"/> 20-49 x 10 <sup>9</sup> /L   | <b>B</b>  | <input type="checkbox"/> Hématologie obstétricale                 | <b>C</b>   |   |  |          |
|   | <input type="checkbox"/> 50-74 x 10 <sup>9</sup> /L   | <b>D</b>  | <b>Référer à la clinique GARE si disponible dans votre région</b> |  |   |  |          |
|   | <input type="checkbox"/> 75-140 x 10 <sup>9</sup> /L contrôlée après 3 mois   | <b>E</b>  |   |  |   |  |          |
|   | <input type="checkbox"/> 450-699 x 10 <sup>9</sup> /L contrôlée et inexplicquée   | <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>  |   |   |  |   |  |          |

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) :**

- Disponible(s) dans DSQ  
 Annexé(s) à la présente demande  
 Prescrit(s)

**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 |                 |                          |                   |
| <b>Signature</b>        |                 | Date (année, mois, jour) |                   |
|                         |                 |                          |                   |

**Médecin de famille :**  Idem au médecin référent  Usager sans médecin de famille

**Référence nominative (si requis)**

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Nom du médecin de famille |  |
| Nom du point de service   |  |

Si vous désirez une référence à un médecin ou à un point de service en particulier

## Légende

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

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

<sup>3</sup> Pour un ganglion isolé > 2 cm et soutenu > 3 mois : envisager exérèse chirurgicale

<sup>4</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