



R E G O 1 4 9

No dossier: _____

Nom, prénom de l'utilisateur : _____

Date de naissance : _____ M F

N.A.M. : _____

Nom, prénom mère : _____

Installation :

- Jonquière Maria-Chapdelaine
 La Baie Lac-Saint-Jean-Est
 Chicoutimi Domaine-du-Roy

DEMANDE DE GASTROSCOPIE

PROVENANCE DE LA DEMANDE

CSSS CH CHSLD CLSC CLINIQUE : _____

EXAMEN DEMANDÉ PAR : Médecin de famille Autre médecin

Nom	Signature du médecin	# de permis	Date (année, mois, jour)
-----	----------------------	-------------	--------------------------

COPIE DES RÉSULTATS : Médecin de famille Médecin demandeur Autre médecin

Indiquer les noms et adresse

TÉLÉCOPIER À _____ Médecin si particulier préciser ;

INDICATION DE LA GASTROSCOPIE (Lorsqu'indiqué, joindre les résultats pertinents à cette demande)

SI PRÉSENCE DES SYMPTÔMES SUIVANTS OU RÉSULTATS ANORMAUX

NIVEAU DE PRIORITÉ

<input type="checkbox"/> Corps étranger avec blocage complet <input type="checkbox"/> Hématémèse active	<input type="checkbox"/> Méléna actif	P1	Immédiatement ≤ 24 heures
<input type="checkbox"/> Hématémèse X1 <input type="checkbox"/> Dysphagie avec suspicion de tumeur ou corps étranger	<input type="checkbox"/> Méléna avec ↓ Hb	P2	Urgent ≤ 14 jours
<input type="checkbox"/> Gastrostomie : installation de gavage gastrique ou changement de bouton <input type="checkbox"/> Dyspepsie avec sx d'alarme (v ^o , perte de poids et anémie) <input type="checkbox"/> Méléna sans ↓ Hb <input type="checkbox"/> Suspicion de maladie caeliasque <input type="checkbox"/> Anémie H : 70-114 F : 70-99	<input type="checkbox"/> Dysphagie/Odynophagie <input type="checkbox"/> Anomalie examen radiologique <input type="checkbox"/> DMOP	P3	Semi-électif ≤ 60 jours
<input type="checkbox"/> Dyspepsie sans sx d'alarme <input type="checkbox"/> Anémie H : 115-135 F : 100-115	<input type="checkbox"/> Bilan cirrhose (recherche varice) <input type="checkbox"/> RGO non compliqué	P4	Électif ≤ 6 mois

SURVEILLANCE (CONTRÔLE)

<input type="checkbox"/> Suivi œsophage de Barrett <input type="checkbox"/> Suivi Varice oesophagienne <input type="checkbox"/> Suivi DMOP	<input type="checkbox"/> Suivi anneau Shatzki <input type="checkbox"/> Suivi maladie caeliasque	C	Contrôle
--	--	---	----------

RENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRES PERTINENTS

MÉDICATION	Anticoagulants : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Médicament :	Indication :
	Antiplaquetaires : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Médicament :	Indication :
	AINS : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Médicament :	Indication ;
	Protocole d'anticoagulothérapie :	Recommandations :	
AUTRES	MPOC O ² dépendant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Diabète traité : par insuline <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Hypoglycémiant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Apnée du sommeil avec appareil <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Insuffisance cardiaque sévère classe 4 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Problème de mobilité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Stimulateur cardiaque <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Problème de compréhension <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Défibrillateur cardiaque <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Insuffisance rénale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

