



DT9421

CONSULTATION EN ONCOLOGIE MÉDICALE/ HÉMATO-ONCOLOGIE 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			
<ul style="list-style-type: none"> Les usagers présentant un diagnostic ou une suspicion de néoplasie primaire provenant d'un système spécifique peuvent être dirigés vers la spécialité concernée, selon les pratiques locales courantes. Les lymphomes et les cancers hématologiques doivent être référés via le formulaire « Consultation en hématologie/ Hématologie adulte ». 				
<input type="checkbox"/> Néoplasie de novo – Site du primaire (si connu) : _____ – Métastase(s) si connue(s) : _____ <i>(Prérequis : rapport(s) d'imagerie médicale (obligatoire) et rapport de pathologie (s'il y a lieu))</i>		B		
<input type="checkbox"/> Suspicion de nouvelles métastases chez un usager avec une histoire de néoplasie antérieure sans suivi actif en oncologie – Site primaire : _____ – Lieu du suivi antérieur pour le cancer : _____ <i>(Prérequis : rapport(s) d'imagerie médicale (obligatoire) et rapport de pathologie (s'il y a lieu))</i>		B		
<input type="checkbox"/> Situation clinique suspecte de néoplasie ou de métastases sans site primaire identifié – Spécifier : _____ <i>(Prérequis : rapport(s) d'imagerie médicale (obligatoire) et rapport de pathologie (s'il y a lieu))</i>		B		
<input type="checkbox"/> Réévaluation du traitement en l'absence de suivi actif en oncologie (ex. : hormonothérapie)		E		
<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 :				
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				

Alertes cliniques (liste non exhaustive)**Diriger l'utilisateur vers l'urgence**

- Symptômes de compression médullaire
- Hypercalcémie maligne Ca corrigé > 3 mmol/L
- Neutropénie fébrile ($T^{\circ} \geq 38,3$ °C et neutrophiles < $1,0 \times 10^9/L$)
- Symptômes neurologiques rapidement progressifs d'une lésion primaire ou métastatique
- Syndrome de la veine cave supérieure