

**CONSULTATION EN GASTROENTÉROLOGIE
ADULTE**

Établissement :							
Attention : Consulter les alertes cliniques au verso et favoriser les protocoles de l'Accueil clinique (si disponibles) avant de remplir ce formulaire.							
Raison de consultation		Échelle de priorité clinique : A : ≤ 3 jrs B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois					
Dysphagie (excluant origine oro-pharyngée ou neuromusculaire)	<input type="checkbox"/> Stable et intermittente	D B	Perturbations du bilan hépatique	<input type="checkbox"/> ALT entre 201 – 500 UI et INR normal (Prérequis : FSC, créatinine, albumine et bilan hépatique < 3 mois)	B D		
	<input type="checkbox"/> Rapidement progressive			<input type="checkbox"/> ALT entre 91 – 200 UI et INR normal (Prérequis : FSC, créatinine, albumine et bilan hépatique < 3 mois)			
RGO ou dyspepsie ou douleur abdominale haute	Avec au moins un symptôme d'alarme :		C	Hépatite B ou C	E E		
	<input type="checkbox"/> Perte de poids > 10 % en 6 mois	<input type="checkbox"/> Évidence de saignement associé				D	E E
	<input type="checkbox"/> Vomissements	<i>Pourrait être vu directement en endoscopie</i>					
<input type="checkbox"/> RGO/Dyspepsie débutant à l'âge > 55 ans		D	Cirrhose compensée ou de novo confirmée par imagerie (Prérequis : Rapport IM)	C D			
<input type="checkbox"/> Reflux non contrôlé par IPP n'ayant jamais eu de gastroscopie et sans symptôme d'alarme		E			<input type="checkbox"/> INR > 1,7 ou bilirubine totale > 34 ou albumine < 28 sans encéphalopathie		
<input type="checkbox"/> Anti-transglutaminase positif (non connu coeliaque)		D	E	D E			
<i>Pourrait être vu directement en endoscopie</i>							
<input type="checkbox"/> Douleur abdominale sans symptôme d'alarme		E					
Remplir le formulaire AH-702 Demande de coloscopie ou Accueil clinique si disponible	Haute suspicion de cancer colorectal basée sur l'imagerie, RSOSi positif (FIT positif), diarrhées chroniques/constipation chronique, rectorragie, anémie ferriprive non gynécologique, suspicion de MII, suivi de diverticulite.				B B		
	<input type="checkbox"/> Ictère avec bilirubine totale > 60 ou > 40 avec dilatation des voies biliaires à l'échographie avec INR normal (Prérequis : Rapport IM)						
<input type="checkbox"/> Haute suspicion de cancer digestif basée sur l'imagerie (excluant le cancer colorectal : utiliser le formulaire AH-702) (Prérequis : Rapport IM)							
<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							

Nom :

Site :
Dossier:

Alertes cliniques (liste non exhaustive)

Diriger l'utilisateur à l'urgence

- Hémorragie digestive aiguë
- Impaction alimentaire ou corps étranger
- Cholangite
- Pancréatite aiguë
- Encéphalopathie hépatique de novo (1^{er} épisode)
- Ascite (1^{er} épisode ou fébrile)
- Hépatite aiguë sévère (ALT > 500)

Utiliser le formulaire de l'Accueil clinique si disponible