

CONSULTATION
EN GASTROENTÉROLOGIE

Établissement :					
Attention : Consulter les alertes cliniques au verso 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 <input type="checkbox"/> Rapidement progressive	D B	Perturbations du bilan hépatique (Prérequis : <i>écho abdominale demandée, joindre bilan hépatique, FSC, créatinine, albumine et INR</i>)	<input type="checkbox"/> ALT entre 201 – 500 UI et INR normal <input type="checkbox"/> ALT entre 91 – 200 UI et INR normal <input type="checkbox"/> Élévation asymptomatique des ALT entre 40 et 90 UI et stable depuis 6 mois	B D E
Dyspepsie	<input type="checkbox"/> Reflux non-contrôlé par IPP n'ayant jamais eu de gastroscopie Avec ou moins un symptôme d'alarme L <input type="checkbox"/> Perte de poids > 10 % en 6 mois <input type="checkbox"/> Début à l'âge ≥ 55 ans <input type="checkbox"/> Évidence de saignement associé <input type="checkbox"/> Vomissements	E C C C C	Cirrhose compensée ou de novo confirmée par imagerie (Prérequis : <i>joindre rapport d'échographie abdominale, joindre bilan hépatique, FSC, créatinine, albumine et INR</i>)	<input type="checkbox"/> INR > 1,7 ou bilirubine totale > 34 ou albumine < 28 sans encéphalopathie <input type="checkbox"/> INR entre 1,2 – 1,7 ou albumine entre 28-35 ou bilirubine totale entre 17-34 <input type="checkbox"/> INR, albumine et bilirubine totale normaux	C D E
Remplir le formulaire AH-702 Demande de coloscopie ou Accueil clinique si disponible	Haute suspicion de cancer colorectal basée sur l'imagerie		<input type="checkbox"/> Ictère avec bilirubine totale > 60 ou > 40 avec dilatation des voies biliaires à l'échographie avec INR normal (Prérequis : <i>joindre le bilan hépatique, FSC, créatinine, albumine et INR</i>) <input type="checkbox"/> Haute suspicion de cancer digestif basée sur l'imagerie (excluant le cancer colorectal : utiliser le formulaire AH-702) (Prérequis : <i>joindre rapport imagerie</i>)		
	Diarrhée chronique / Constipation chronique				
	Rectorragie (saignement anectoral)				
	RSOSI positif				
	Anémie ferriprive non gynécologique				
Éléments cliniques suggérant une maladie inflammatoire de l'intestin active (MII)					
Suive de diverticulite					
Autre (utiliser cette section pour modifier une priorité ou pour toute autre raison de consultation et justifier) :					Priorité clinique
Renseignements cliniques pertinents (joindre rapports, médication, etc.)					
Besoins spéciaux :					
Identification du médecin référent et du point de service				Estampe	
Nom du médecin référent					
Nom du point de service					
Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste	Ind. rég.	N° de télécopieur	N° de permis
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:

Complétion du formulaire 	
Ce formulaire doit être utilisé pour la clientèle de 16 ans et plus.	
Identification de l'utilisateur	<ul style="list-style-type: none">Inscrire le numéro de téléphone qui permettra au Centre de répartition des demandes de service (CRDS) de confirmer le rendez-vous (RV).Inscrire le code postal afin de permettre de donner un RV à proximité du domicile de l'utilisateur.
Raison de consultation	<ul style="list-style-type: none">Cocher la raison de consultation.Sinon inscrire la raison de consultation non prévue au formulaire dans la case « Autre » et préciser la priorité clinique.
Priorité clinique	<ul style="list-style-type: none">Justifier toute priorité clinique modifiée ou toute autre raison de consultation. <p><i>Permet au CRDS de connaître le délai maximal pour réaliser la consultation. Délai calculé en jours calendrier (inclus jours fériés et fins de semaine). Vous serez informé de toute priorité ne pouvant être respectée.</i></p>
Renseignements cliniques pertinents	<ul style="list-style-type: none">Inscrire toutes les informations justifiant la priorité clinique ou sa modification.Acheminer au CRDS tous les prérequis (rapports ou analyses) nécessaires pour la consultation.Joindre la liste de médicaments.Besoins spéciaux : Inscrire les besoins particuliers tels que : interprète, déplacement en fauteuil roulant ou autre.
Identification du médecin référent et du point de service	Remplir cette section afin que le rapport de consultation vous soit acheminé au bon point de service.
Référence nominative	Il est possible que le délai ne soit pas respecté si le médecin demandé n'est pas disponible. Le CRDS communiquera alors avec vous afin de convenir d'une solution alternative.
Formulaire	<ul style="list-style-type: none">Acheminer par télécopieur le formulaire à votre CRDS.Ne pas remettre de copie du formulaire à l'utilisateur.
Alertes cliniques (liste non exhaustive)	
Diriger l'utilisateur à l'urgence	
<ul style="list-style-type: none">Hémorragie digestive aiguëImpaction alimentaire ou corps étrangerCholangitePancréatite aiguëEncéphalopathie hépatique de novo (1^{er} épisode)Ascite (1^{er} épisode ou fébrile)Hépatite aiguë sévère (ALT > 500) <p>Utiliser le formulaire de l'Accueil clinique si disponible</p>	