

**Demande de consultation
RADIO-ONCOLOGIE**

Établissement :										
Sections réservées au médecin référent										
Date de la demande de consultation		Année	Mois	Jour						
Usager (informations supplémentaires)										
N° de dossier de l'établissement référent		N° de dossier à l'établissement où l'usager est référé (si connu)			N° de téléphone en cas d'urgence		Ind. rég.			
Informations démographiques supplémentaires (si la carte embossée n'est pas utilisée)										
Nom		Prénom		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		DDN (année, mois, jour)		N° d'assurance maladie		Expiration
Adresse				Ville			Province		Code postal	
N° téléphone principal	Ind. rég.	Nom et prénom de la mère			Nom et prénom du père					
Référent										
Médecin référent (nom en lettres moulées)			Spécialité				N° de permis			
Nom de l'établissement										
Provenance de l'usager :										
<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Transfert (hospitalisé au CH référent) Unité de soins : _____ <input type="checkbox"/> Hospitalisé – interne <input type="checkbox"/> Urgence – interne										
Lors d'un transfert, personne à contacter dans l'établissement référent				Ind. rég.	N° de téléphone		N° de poste	Ind. rég.	N° de télécopieur	
Courriel					Code non nominatif (si télécopieur)					
Condition de transport										
<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Ambulance <input type="checkbox"/> Civière <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Transport adapté <input type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Bateau <input type="checkbox"/> Autre : _____										
Médecin de famille de l'usager										
Nom			N° de permis			Ind. rég.		N° de téléphone		
Adresse										
Motif de la demande de consultation (diagnostic)										
<input type="checkbox"/> Digestif <input type="checkbox"/> Gynécologie <input type="checkbox"/> Hématopoïétique <input type="checkbox"/> Métastases <input type="checkbox"/> ORL <input type="checkbox"/> Sarcome <input type="checkbox"/> Sein <input type="checkbox"/> Peau <input type="checkbox"/> Poumons <input type="checkbox"/> Prostate <input type="checkbox"/> S.N.C. <input type="checkbox"/> Urinaire <input type="checkbox"/> Autre : _____							Date du diagnostic			
							Année	Mois	Jour	
Commentaire : _____										
Allergie (facultatif)					Infection					
<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Pénicilline <input type="checkbox"/> Iode <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Autre : _____					<input type="checkbox"/> SARM ¹⁺ <input type="checkbox"/> ERV ² <input type="checkbox"/> Autre : _____					
Catégorie de radiothérapie demandée										
<input type="checkbox"/> Seule <input type="checkbox"/> Combinée avec chimiothérapie <input type="checkbox"/> Préopératoire <input type="checkbox"/> Postopératoire – Date de la chirurgie							Année	Mois	Jour	

¹SARM : Infection à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline ²ERV : Infection à Entérocoque résistant à la vancomycine

Nom :

Site :
Dossier:

Accessibilité en radio-oncologie – classification par priorité (CRO ¹)		
Diagnostic ou situation clinique	Priorité	Délais
<p>Compression médullaire Syndrome de la veine supérieure Syndrome hémorragique (vessie, col utérin, bronche, etc.) Métastases cérébrales symptomatiques</p>	1	1 jour
<p>Compression bronchique, viscérale ou vasculaire Métastases osseuses douloureuses Métastases cérébrales peu symptomatiques Tout autre radiothérapie palliative antalgique Tumeurs pédiatriques qui requièrent un début de traitement rapide Prévention de la formation osseuse hétérotopique Chéloïde Ptérygion</p>	2	3 jours
<p>Tumeurs pédiatriques</p> <p>Radiothérapie exclusive :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tumeurs de la sphère ORL incluant la thyroïde • Tumeurs gynécologiques • Tumeurs pulmonaires <p>Radiothérapie exclusive ou associée à de la chimiothérapie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tumeurs de l'anus • Tumeurs de la vessie • Tumeurs du pancréas • Tumeurs de l'œsophage • Carcinome pulmonaire à petites cellules <p>Radiothérapie préopératoire, seule ou combinée à la chimiothérapie, de différents sites (ex.: rectum, sarcome, etc.)</p> <p>Maladie de Hodgkin Lymphomes non hodkiniens Tumeurs cérébrales (radiothérapie conventionnelle ou stéréotaxique) Les irradiations corporelles totales chez des usagers en préparation de greffe ou de moelle osseuse Séminomes Cancer du sein inflammatoire</p>	3	14 jours
<p>Radiothérapie postopératoire : cancer du sein, de la prostate, de la sphère ORL, du rectum, gynécologique, sarcome, pancréas, etc. Cancer du poumon sous chimiothérapie Les tumeurs qui nécessitent un traitement systémique (hormonothérapie ou chimiothérapie) avant de débuter leur radiothérapie Radiothérapie exclusive ou postopératoire : tumeurs de la peau Radiothérapie exclusive : tumeurs de la prostate</p> <p>¹ CRO : Comité de radio-oncologie – Délais approuvés le 11 février 2004.</p> <p>Note : La grille de classification par priorité a été révisée par le comité avisier de radio-oncologie le 7 septembre 2004 (ajouts de diagnostics). Il est à noter que cette liste de diagnostics ou de situations cliniques se veut non exhaustive et sert avant tout de cadre de référence pour la priorisation médicale.</p>	4	28 jours