

**Demande de consultation  
RADIO-ONCOLOGIE**

Établissement :										
<b>Sections réservées au médecin référent</b>										
<b>Date de la demande de consultation</b>		Année	Mois	Jour						
<b>Usager (informations supplémentaires)</b>										
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.			
<b>Informations démographiques supplémentaires (si la carte embossée n'est pas utilisée)</b>										
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				
<b>Référent</b>										
Médecin référent (nom en lettres moulées)			Spécialité				N° de permis			
Nom de l'établissement										
<b>Provenance de l'usager :</b>										
		<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 : _____		
<b>Médecin de famille de l'usager</b>										
Nom			N° de permis			Ind. rég.		N° de téléphone		
Adresse										
<b>Motif de la demande de consultation (diagnostic)</b>										
<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 : _____							<b>Date du diagnostic</b>			
							Année	Mois	Jour	
Commentaire : _____										
<b>Allergie (facultatif)</b>					<b>Infection</b>					
<input type="checkbox"/> Aucune		<input type="checkbox"/> Pénicilline	<input type="checkbox"/> Iode	<input type="checkbox"/> Latex		<input type="checkbox"/> SARM <sup>1+</sup>		<input type="checkbox"/> ERV <sup>2</sup>		
<input type="checkbox"/> Autre : _____					<input type="checkbox"/> Autre : _____					
<b>Catégorie de radiothérapie demandée</b>										
<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	

<sup>1</sup>SARM : Infection à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline <sup>2</sup>ERV : Infection à Entérocoque résistant à la vancomycine

Nom :

Site :  
# Dossier:

Informations complémentaires																
Cardiostimulateur/ Défibrillateur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				Nouvel usager en R-O pour l'établissement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				Si non, s'agit-il d'un nouveau cancer? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non								
Radiothérapie antérieure : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				Établissement				Année								
Dossier médical <input type="checkbox"/> Local		Résumé du dossier <input type="checkbox"/> Inclus <input type="checkbox"/> Suivra <input type="checkbox"/> Apporté lors de la consultation				Films radiologiques <input type="checkbox"/> Locaux <input type="checkbox"/> Inclus <input type="checkbox"/> Suivront				Apporté lors de la consultation <input type="checkbox"/>						
Référence																
Référé : <input type="checkbox"/> Au service <input type="checkbox"/> Au radio-oncologue : Dr _____																
Traitement																
Chimiothérapie						Hormonothérapie										
<input type="checkbox"/> Néoadjuvant <input type="checkbox"/> Concomitant (radio. et chimio.) <input type="checkbox"/> Adjuvant						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non										
Date de début		Année	Mois	Jour	Date de fin		Année	Mois	Jour	Date de début		Année	Mois	Jour	Durée : _____ semaine(s)	
Remarques																
<b>Médecin référent</b>		Signature						<b>Date</b>		Année		Mois	Jour			
RÉSERVÉ À L'USAGE DU SERVICE																
Réception de la demande																
Reçu par				Date de réception				Année				Mois	Jour	Mode de réception :		
Consultation faite en externe										Date						
Lieu										Année	Mois	Jour				
Priorité				Radio-oncologue				Date								
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4				Signature				N° de permis		Année	Mois	Jour				

Nom :

Site :  
# Dossier:

Accessibilité en radio-oncologie – classification par priorité (CRO <sup>1</sup> )		
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>	<b>1</b>	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>	<b>2</b>	3 jours
<p>Tumeurs pédiatriques</p> <p>Radiothérapie exclusive :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumeurs de la sphère ORL incluant la thyroïde</li> <li>• Tumeurs gynécologiques</li> <li>• Tumeurs pulmonaires</li> </ul> <p>Radiothérapie exclusive ou associée à de la chimiothérapie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumeurs de l'anus</li> <li>• Tumeurs de la vessie</li> <li>• Tumeurs du pancréas</li> <li>• Tumeurs de l'œsophage</li> <li>• Carcinome pulmonaire à petites cellules</li> </ul> <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>	<b>3</b>	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><sup>1</sup> 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>	<b>4</b>	28 jours