



CNM08034

No dossier		
Nom, Prénom de l'utilisateur		
DDN	N° d'assurance maladie	Exp.
Adresse		
N° téléphone		
N° téléphone (autre)		

DEMANDE DE SERVICE EN GASTROENTÉROLOGIE

Attention : Consulter les alertes cliniques au verso et favoriser les protocoles de l'Accueil clinique (urgentologues) avant de remplir ce formulaire

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Transmettre les pages 1 et 2 par télécopieur au guichet d'accès santé physique (GASP) au **514 495-6722**

Installation désirée : Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal Hôpital Jean-Talon Hôpital Fleury

Date de la demande de consultation : AAAA/MM/JJ

Raison de consultation/Échelle de priorité clinique : B : ≤ 10 jours C : ≤ 28 jours D : ≤ 3 mois E : ≤ 6 mois 12 mois

L'utilisateur a été vu par un gastroentérologue du CIUSSS NIM dans les 36 derniers mois : indiquer lequel : _____

N.B. Le délai du rendez-vous a été établi pour chacune des conditions cliniques ci-dessous. Le GASP procède à l'attribution du rendez-vous selon la condition clinique et les disponibilités.

Ne pas compléter ce formulaire et remplir directement le formulaire de demande de coloscopie AH-702 pour les conditions cliniques suivantes :

- | | | |
|--------------------------------|---|---|
| - Rectorragie | - Haute suspicion de cancer colorectal basée sur l'imagerie | - RSOSi positif (FIT positif) |
| - Diarrhée chronique | - Anémie ferriprive non-gynécologique | - Suspicion de MII (maladies inflammatoires intestinales) |
| - Constipation chronique | | |
| - Suivi de diverticulite aiguë | | |

Conditions cliniques		Cible selon l'échelle de priorité
----------------------	--	-----------------------------------

Suspicion de cancer digestif	GA01 <input type="checkbox"/> Haute suspicion de cancer digestif (sauf colorectal) basée sur l'imagerie	B : ≤ 10 jours
Dysphagie	GA02 <input type="checkbox"/> Rapidement progressive	B : ≤ 10 jours
	GA03 <input type="checkbox"/> Stable et intermittente	D : ≤ 3 mois
Reflux gastro-œsophagien	GA04 <input type="checkbox"/> Avec symptômes d'alarme : - Perte de poids plus grand que 10% sur 6 mois - Saignement associé - Vomissements	C : ≤ 28 jours
Dyspepsie	GA05 <input type="checkbox"/> Débutant après l'âge de 55 ans	
Douleur abdominale haute	GA06 <input type="checkbox"/> Non-contrôlé par IPP (inhibiteur de la pompe à protons)	D : ≤ 3 mois
	GA07 <input type="checkbox"/> Sans symptôme d'alarme	E : ≤ 6 mois
Suspicion de la maladie cœliaque	GA08 <input type="checkbox"/> Anticorps anti-transglutaminase positif	D : ≤ 3 mois
Perturbation du bilan hépatique	GA09 <input type="checkbox"/> ALT entre 201 - 500 unités et INR normal	E : ≤ 6 mois
	GA10 <input type="checkbox"/> ALT entre 91 - 200 unités et INR normal	12 mois
	GA11 <input type="checkbox"/> ALT entre 40 - 90 unités et stable depuis 6 mois	D : ≤ 3 mois
	GA12 <input type="checkbox"/> Stéatose hépatique avec ALT plus petite que 90 unités	E : ≤ 6 mois
Cirrhose compensée connue	GA13 <input type="checkbox"/> INR plus grand que 1,7 ou bilirubine totale plus grande que 34 ou albumine plus petit que 28 sans encéphalopathie	C : ≤ 28 jours
	GA14 <input type="checkbox"/> INR entre 1,2-1,7 ou albumine entre 28-35 ou bilirubine totale entre 17-34	D : ≤ 3 mois
Cirrhose de novo à l'imagerie	GA15 <input type="checkbox"/> INR, albumine et bilirubine totale normaux	E : ≤ 6 mois

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge



CNM08034

DATE (AAAA/MM/JJ)

N° DOSSIER

NOM :

PRÉNOM :

Ictère cliniquement manifeste Hyperbilirubinémie	GA16 <input type="checkbox"/> Bilirubine totale plus grande que 60	B : ≤ 10 jours	
	GA17 <input type="checkbox"/> Bilirubine totale plus grande que 40 avec dilatation des voies biliaires à l'imagerie		
Pancréatite	GA18 <input type="checkbox"/> Pancréatite aiguë récidivante sans étiologie claire	C : ≤ 28 jours	
	GA19 <input type="checkbox"/> Pancréatite chronique (à l'imagerie ou suspectée cliniquement)		
Autre	GA20 <input type="checkbox"/> Anomalie à l'imagerie requérant l'opinion non-urgente d'un gastroentérologue	C : ≤ 28 jours	
<input type="checkbox"/> Autre raison de consultation : (indiquer la priorité)		Priorité selon le médecin référent : <input type="checkbox"/> B : ≤ 10 jours <input type="checkbox"/> C : ≤ 28 jours <input type="checkbox"/> D : ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> E : ≤ 6 mois <input type="checkbox"/> 12 mois	
Renseignements cliniques/antécédents :		Examens complémentaires : <input type="checkbox"/> Disponibles dans DSQ <input type="checkbox"/> Annexés à la demande	
Pour joindre le guichet d'accès santé physique (GASP) :	Téléphone : (514) 336-7212 Télécopieur : (514) 495-6722	Courriel : gasp.cnmml@ssss.gouv.qc.ca	
Médecin référent	Nom	N° de permis	Estampe
	N° de téléphone N° de poste	N° de télécopieur	
	Nom de la clinique		
	Signature		
Identification du médecin de famille	Nom	N° de permis	<input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille <input type="checkbox"/> SVP envoyer copie du rapport au médecin de famille
	Nom de la clinique		

Légende :**Alertes cliniques (liste non exhaustive)****Diriger l'utilisateur à l'urgence**

- Hémorragie digestive aiguë
- Impaction alimentaire
- Corps étranger œsophagien
- Encéphalopathie hépatique de novo
- Ascite (premier épisode ou fébrile)
- Hépatite aiguë grave (ALT plus grande que 500)
- Cholangite
- Pancréatite aiguë

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge