



CNM08070

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

DEMANDE DE SERVICE EN HÉMATO-ONCOLOGIE

Attention : Consulter les alertes cliniques à la dernière page et favoriser les protocoles de l'Accueil clinique (si disponibles) avant de remplir ce formulaire

PROJET

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 Fleury Hôpital Jean-Talon

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

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.

Tous les examens en italiques sont des examens complémentaires permettant une prise en charge rapide.

| Conditions cliniques | | Cible selon l'échelle de priorité | |
|---|---|--|-----------------------|
| Globules rouges | HO01 <input type="checkbox"/> Pancytopénie ou bicytopenie (neutros < 1 x 10 ⁹ /L et plaquettes < 75 x 10 ⁹ /L et/ou Hb < 85 g/L) | B : ≤ 10 jours | |
| | Anémie inexplicée (<i>bilan martial, B12, créatinine, TSH</i>) | HO02 <input type="checkbox"/> Hb < 85 g/L | B : ≤ 10 jours |
| | | HO03 <input type="checkbox"/> Hb entre 85 g/L et 100 g/L | D : ≤ 3 mois |
| | | HO04 <input type="checkbox"/> Femme : Hb > 100 g/L à 112 g/L Homme : Hb > 100 g/L à 130 g/L | E : ≤ 6 mois |
| | HO05 <input type="checkbox"/> Anémie ferriprive Hb < 100 g/L investiguée qui ne répond pas à 6 mois de thérapie orale | C : ≤ 28 jours | |
| | Polyglobulie | HO06 <input type="checkbox"/> Ht > 0,65 ou Hb > 200 g/L contrôlée | C : ≤ 28 jours |
| | | HO07 <input type="checkbox"/> Ht > 0,10 de + que la normale | E : ≤ 6 mois |
| Globules blancs | Neutropénie | HO08 <input type="checkbox"/> < 0,5 x 10 ⁹ /L (valeur absolue) | B : ≤ 10 jours |
| | | HO09 <input type="checkbox"/> entre 0,5 et 1 x 10 ⁹ /L (valeur absolue) | D : ≤ 3 mois |
| | | HO10 <input type="checkbox"/> entre 1,1 et 1,3 x 10 ⁹ /L (contrôlée après 3 mois) | E : ≤ 6 mois |
| | HO11 <input type="checkbox"/> G.B. > 20 x 10 ⁹ /L avec myélémie ¹ | B : ≤ 10 jours | |
| | HO12 <input type="checkbox"/> Neutrophilie inexplicée de plus de 15 x 10 ⁹ /L (contrôlée après 3 mois) | E : ≤ 6 mois | |
| | Lymphocytose avec | HO13 <input type="checkbox"/> Hb < 100 g/L | B : ≤ 10 jours |
| | | HO14 <input type="checkbox"/> Plaquettes < 1 x 10 ⁹ /L ou neutros < 1 x 10 ⁹ /L | B : ≤ 10 jours |
| | | HO15 <input type="checkbox"/> Lymphocytose >100 x 10 ⁹ /L | B : ≤ 10 jours |
| HO16 <input type="checkbox"/> Lymphocytose isolée de 30 à 100 x 10 ⁹ /L | C : ≤ 28 jours | | |
| HO17 <input type="checkbox"/> Lymphocytose isolée 5 à 30 x 10 ⁹ /L | D : ≤ 3 mois | | |
| HO18 <input type="checkbox"/> Éosinophilie supérieure à 1.5 contrôlée après 6 mois | D : ≤ 3 mois | | |
| Plaquettes | Thrombopénie | HO19 <input type="checkbox"/> 20-49 x 10 ⁹ /L | B : ≤ 10 jours |
| | | HO20 <input type="checkbox"/> 50-74 x 10 ⁹ /L | D : ≤ 3 mois |
| | | HO21 <input type="checkbox"/> 75-100 x 10 ⁹ /L contrôlée après 3 mois | E : ≤ 6 mois |
| | Thrombocytose | HO22 <input type="checkbox"/> 450-699 x 10 ⁹ /L contrôlée après 3 mois | E : ≤ 6 mois |
| | | HO23 <input type="checkbox"/> 700-999 x 10 ⁹ /L | C : ≤ 28 jours |
| | | HO24 <input type="checkbox"/> ≥ 1000 x 10 ⁹ /L | B : ≤ 10 jours |

Ne rien inscrire dans la marge



CNM08070

DATE (AAAA/MM/JJ)

N° DOSSIER

NOM :

PRÉNOM :

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Hémostase | Diathèse hémorragique (INR, PTT, fibrinogène ou temps de thrombine) | | HO25 <input type="checkbox"/> Avec tests anormaux | D : ≤ 3 mois |
| | | | HO26 <input type="checkbox"/> Avec tests normaux | E : ≤ 6 mois |
| | HO27 <input type="checkbox"/> Thrombose récidivante ou site non usuel | | D : ≤ 3 mois | |
| | HO28 <input type="checkbox"/> Suspicion de thrombophilie | | E : ≤ 6 mois | |
| Suspicion de néoplasie | HO29 <input type="checkbox"/> Suspicion de lymphome (ex. : magma ganglionnaire significatif de taille > 5 cm ou symptôme B ²) | | B : ≤ 10 jours | |
| | HO30 <input type="checkbox"/> Ganglions augmentés en nombre et en taille (exérèse chirurgicale suggérée si > 2 cm et soutenu > 3 mois) | | C : ≤ 28 jours | |
| | Splénomégalie (rate > 15 cm) | HO31 <input type="checkbox"/> Avec cytopénie | | C : ≤ 28 jours |
| | | HO32 <input type="checkbox"/> Sans cytopénie | | D : ≤ 3 mois |
| | HO33 <input type="checkbox"/> Lymphome confirmé (rapport de pathologie) | | B : ≤ 10 jours | |
| | Pic monoclonal | HO34 <input type="checkbox"/> Avec cytopénie (Hb < 100 g/L ou plaquettes < 100 x 10 ⁹ /L ou neutros < 1 x 10 ⁹ /L) ou insuffisance rénale de novo ou hypercalcémie | | B : ≤ 10 jours |
| HO35 <input type="checkbox"/> > 15 g/L | | C : ≤ 28 jours | | |
| HO36 <input type="checkbox"/> < 15 g/L sans cytopénie (Hb > 100 g/L et plaquettes > 100 x 10 ⁹ /L et neutros > 1 x 10 ⁹ /L) | | E : ≤ 6 mois | | |
| Autres | Hémoglobinopathie prouvée | | HO37 <input type="checkbox"/> Hb < 100 g/L | D : ≤ 3 mois |
| | | | HO38 <input type="checkbox"/> Hb > 100 g/L | E : ≤ 6 mois |
| | Ferritine augmentée avec gène HFE ³ muté | | HO39 <input type="checkbox"/> > 1000 mcg/L | D : ≤ 3 mois |
| | | | HO40 <input type="checkbox"/> < 1000 mcg/L | E : ≤ 6 mois |
| HO41 <input type="checkbox"/> Hématologie obstétricale | | | C : ≤ 28 jours | |
| <input type="checkbox"/> Autre raison de consultation : (indiquer la priorité) | | | Priorité selon le médecin référent : <input type="checkbox"/> B : ≤ 10 jrs <input type="checkbox"/> C : ≤ 28 jrs <input type="checkbox"/> D : ≤ 3mois <input type="checkbox"/> E : ≤ 6 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 :¹ Myélémie : présence de myélocytes et métamyélocytes au décompte manuel² Symptôme B : fièvre inexpliquée, perte de poids de plus de 10 %, sudations nocturnes³ HFE : génotype, si homozygote ou double hétérozygote, associé à la présence d'une hémochromatose héréditaire (H63D, C282Y)

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge



CNM08070

DATE (AAAA/MM/JJ)

N° DOSSIER

NOM :

PRÉNOM :

Alertes cliniques (liste non exhaustive)

Diriger l'utilisateur vers l'urgence

- Anémie sévère (Hb < 70 g/L)
- Thrombocytopenie sévère < 20 x 10⁹/L ou avec saignement significatif
- Suspicion de leucémie aiguë
- Neutropénie < 1,0 x 10⁹/L et T° ≥ 38,3 °C
- Thrombose aiguë

Utiliser le formulaire de l'Accueil clinique si disponible

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge