



CNM08028

No dossier		
Nom		
Prénom		
DDN	NAM	Exp.
Classification :		

DEMANDE DE CONSULTATION EN COLPOSCOPIE

Imprimer sur recto seulement et transmettre ces deux pages par télécopieur au guichet d'accès en santé physique (GASP) au (514) 495-6721.	
Date de demande de la consultation	AAAA/MM/JJ
Nom du médecin référent :	
Date de la dernière cytologie :	AAAA/MM/JJ
<input type="checkbox"/> Consultation pour l'équipe colposcopie de CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	
<input type="checkbox"/> Consultation spécifique pour le Dr :	
Partie I : Raison de consultation/Échelle de priorité clinique : A : ≤ 15 jours B : ≤ 30 jours C : ≤ 60 jours D : ≤ 90 jours E : ≤ 6 mois	
N.B. Le délai du rendez-vous a été établi pour chacune des conditions cliniques ci-dessous. Le GASP se réserve le droit de le modifier selon les renseignements cliniques fournis et selon les disponibilités, après discussion avec le médecin référent	
CYTOLOGIE ANORMALE	
<input type="checkbox"/> Suspicion invasion (<i>carcinome épidermoïde ou adénocarcinome</i>)	A
<input type="checkbox"/> LIEHG ou Adénocarcinome in situ	A
<input type="checkbox"/> ASC-H	B
<input type="checkbox"/> AGC	C
<input type="checkbox"/> LIEBG	C
<input type="checkbox"/> ASC-US x 2 *	C
<input type="checkbox"/> ASC-US/ VPH-HR positif *	C
<ul style="list-style-type: none"> • ASC-US < 30 ans : Répéter cytologie à 6 et 12 mois. Référer en colposcopie si 2e ASC-US ou plus grave. • ASC-US > 30 ans : On peut demander VPH-HR et si VPH négatif, répéter cytologie dans 1 an 	
LÉSION SUSPECTE (vulve/vagin/col)	
<input type="checkbox"/> Suspicion de cancer	A
COLPOSCOPIE DE CONTRÔLE	
Diagnostic/raison du suivi :	Date souhaitée : AAAA/MM/JJ
AUTRE RAISON DE CONSULTATION OU MODIFICATION DE LA PRIORISATION (inscrire informations pertinentes justifiant)	Priorité souhaitée

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge



CNM08028

DATE (AAAA/MM/JJ)

N° DOSSIER

NOM :

PRÉNOM :

Partie II : Provenance de la demande

Médecin référent	Nom du médecin référent	N° de permis	Estampe
	N° de téléphone N° de poste	N° de télécopieur	
	Nom de la clinique		
	Signature		
Médecin de famille	<input type="checkbox"/> Idem médecin référent <input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille	Nom du médecin de famille	
		Nom de la clinique	
Pour joindre le GASP : Guichet d'accès	Téléphone : (514) 336-9555 Télécopieur : (514) 495-6721	Courriel : guichet.colposcopie.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca	

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

N.B : Veuillez inclure le rapport de la dernière cytologie avec votre consultation

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge