



CONSULTATION EN HÉMATO-ONCOLOGIE/  
HÉMATOLOGIE ADULTE

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

**CRV**

Raison de consultation		Échelle de priorité clinique : A : ≤3 jrs B : ≤10 jrs C : ≤28 jrs D : ≤3 mois E : ≤12 mois					
Globules rouges	Anémie sévère non ferriprive Hb < 85 g/L	<input type="checkbox"/> Avec autre cytopénie	B	Hémostase	Diathèse hémorragique	<input type="checkbox"/> Avec tests anormaux (INR, PTT, fibrinogène ou temps de thrombine)	D
	Anémie inexplicée (Prérequis : bilan martial, B12, créatinine, TSH)	<input type="checkbox"/> Sans autre cytopénie	C		<input type="checkbox"/> Avec tests normaux	E	
		<input type="checkbox"/> Hb entre 85 g/L et 100 g/L	D		<input type="checkbox"/> Thrombose récidivante ou site non usuel	D	
		<input type="checkbox"/> Hb ≥ 100 g/L	E		<input type="checkbox"/> Suspicion de thrombophilie	E	
Polyglobulie	<input type="checkbox"/> Ht > 0,65 ou Hb > 200 g/L contrôlée	C	Suspicion de néoplasie	<input type="checkbox"/> Suspicion de lymphome (ex. : Magma ganglionnaire significatif de taille > 5 cm ou symptômes B <sup>2</sup> )	B		
	<input type="checkbox"/> Ht > 0,10 de + que la normale	E		<input type="checkbox"/> Ganglions augmentés en nombre et en taille <sup>3</sup>	C		
Globules blancs	<input type="checkbox"/> Neutropénie < 0,5 x 10 <sup>9</sup> /L (valeur absolue)	B		Pic monoclonal	<input type="checkbox"/> Splénomégalie > 15 cm sans cytopénie	C	
	<input type="checkbox"/> Neutropénie entre 0,5 et 1 x 10 <sup>9</sup> /L (valeur absolue)	D			<input type="checkbox"/> Lymphome confirmé (prérequis : rapport de pathologie)	B	
	<input type="checkbox"/> Neutropénie entre 1,1 et 1,5 x 10 <sup>9</sup> /L (contrôlée après 3 mois)	E	<input type="checkbox"/> Avec cytopénie (Hb < 100 g/L ou plaquettes < 100 x 10 <sup>9</sup> /L ou neutros < 1 x 10 <sup>9</sup> /L) ou insuffisance rénale de novo ou hypercalcémie		B		
	<input type="checkbox"/> G.B. > 20 x 10 <sup>9</sup> /L avec myélémie <sup>1</sup>	B			<input type="checkbox"/> >15g/L	C	
	<input type="checkbox"/> Neutrophilie contrôlée et inexplicée	E			<input type="checkbox"/> <15g/L sans cytopénie (Hb > 100 g/L et plaquettes > 100 x 10 <sup>9</sup> /L et neutros > 1 x 10 <sup>9</sup> /L)	E	
	<input type="checkbox"/> Lymphocytose avec cytopénie (Hb < 100 g/L ou plaquettes < 100 x 10 <sup>9</sup> /L ou neutros < 1 x 10 <sup>9</sup> /L) ou lymphocytose > 100 x 10 <sup>9</sup> /L	B	Autres		<input type="checkbox"/> Pancyclopénie ou bicytopénie (neutros < 1 x 10 <sup>9</sup> /L, plaquettes < 75 x 10 <sup>9</sup> /L, Hb < 85 g/L)	B	
<input type="checkbox"/> Lymphocytose de 30 à 100 x 10 <sup>9</sup> /L	C	Ferritine augmentée avec HFE <sup>4</sup> positif		<input type="checkbox"/> >1000mcg/L	D		
<input type="checkbox"/> Lymphocytose < 30 x 10 <sup>9</sup> /L	D		<input type="checkbox"/> <1000mcg/L	E			
Plaquettes	<input type="checkbox"/> 20-49 x 10 <sup>9</sup> /L	B	Référer à la clinique GARE si disponible dans votre région	C			
	<input type="checkbox"/> 50-74 x 10 <sup>9</sup> /L	D					
	<input type="checkbox"/> 75-140 x 10 <sup>9</sup> /L contrôlée après 3 mois	E					
	<input type="checkbox"/> 450-699 x 10 <sup>9</sup> /L contrôlée et inexplicée	E					
	<input type="checkbox"/> 700-999 x 10 <sup>9</sup> /L	C					
	<input type="checkbox"/> ≥ 1000 x 10 <sup>9</sup> /L	B					
<input type="checkbox"/> Autre raison de consultation non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique (Justification OBLIGATOIRE ci-dessous) :					Priorité clinique		
<b>Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires</b>					<b>Si prérequis exigé(s)</b>		
					<input type="checkbox"/> Disponible(s) dans DSQ <input type="checkbox"/> Annexé(s) à la présente demande <input type="checkbox"/> Prescrit(s)		
Besoins spéciaux :							
<b>Identification du médecin référent et du point de service</b>							
Nom du médecin référent				N° de permis			
Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste	Ind. rég.	N° de télécopieur	N° de poste		
Nom du point de service							
Signature				Date (année, mois, jour)			
<b>Médecin de famille :</b> <input type="checkbox"/> Idem au médecin référent <input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille <b>Référence nominative (si requis)</b>							
Nom du médecin de famille							
Nom du point de service							

## Légende

<sup>1</sup> Myélémie : présence de myélocytes et métamyélocytes au décompte manuel

<sup>2</sup> Symptôme B : fièvre inexpliquée, perte de poids de plus de 10 %, sudations nocturnes

<sup>3</sup> Pour un ganglion isolé > 2 cm et soutenu > 3 mois : envisager exérèse chirurgicale

<sup>4</sup> HFE : génotype, si homozygote ou double hétérozygote, associé à la présence d'une hémochromatose héréditaire (H63D, C282Y)

### Alertes cliniques (liste non exhaustive)

#### Considérer diriger ou garder l'usager à l'hôpital (urgence ou hospitalisation)

- Anémie sévère (Hb < 70 g/L)
- Thrombocytopénie sévère < 20 x 10<sup>9</sup>/L ou avec saignement significatif
- Suspicion de leucémie aiguë
- Neutropénie < 1,0 x 10<sup>9</sup>/L et T° ≥ 38,3 °C
- Thrombose aiguë

Utiliser le formulaire de l'Accueil clinique si disponible