



D T 0 9 8 2

**CONSULTATION EN ONCOLOGIE MÉDICALE/
HÉMATO-ONCOLOGIE 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

- Les usagers présentant un diagnostic ou une suspicion de néoplasie primaire provenant d'un système spécifique peuvent être dirigés vers la spécialité concernée, selon les pratiques locales courantes.
- Les lymphomes et les cancers hématologiques doivent être référés via le formulaire « Consultation en hémato-oncologie/ Hématologie adulte ».

<input type="checkbox"/> Néoplasie de novo – Site du primaire (si connu) : _____ – Métastase(s) si connue(s) : _____ <i>(Prérequis : rapport(s) d'imagerie médicale (obligatoire) et rapport de pathologie (s'il y a lieu))</i>	B
<input type="checkbox"/> Suspicion de nouvelles métastases chez un usager avec une histoire de néoplasie antérieure sans suivi actif en oncologie – Site primaire : _____ – Lieu du suivi antérieur pour le cancer : _____ <i>(Prérequis : rapport(s) d'imagerie médicale (obligatoire) et rapport de pathologie (s'il y a lieu))</i>	B
<input type="checkbox"/> Situation clinique suspecte de néoplasie ou de métastases sans site primaire identifié – Spécifier : _____ <i>(Prérequis : rapport(s) d'imagerie médicale (obligatoire) et rapport de pathologie (s'il y a lieu))</i>	B
<input type="checkbox"/> Réévaluation du traitement en l'absence de suivi actif en oncologie (ex. : hormonothérapie)	E
<input type="checkbox"/> Autre raison de consultation non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique <i>(justification OBLIGATOIRE dans la section suivante) :</i>	Priorité clinique

Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires **Si prérequis exigé(s)**

	<input type="checkbox"/> Disponible(s) dans DSQ <input type="checkbox"/> Annexé(s) à la présente demande
--	---

Besoins spéciaux :

Identification du médecin référent et du point de service

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)	

Etampe

Médecin de famille : **Idem au médecin référent** **Usager sans médecin de famille** **Référence nominative (si requis)**

Nom du médecin de famille	Si vous désirez une référence à un médecin ou à un point de service en particulier
Nom du point de service	

Alertes cliniques (liste non exhaustive)**Diriger ou garder l'utilisateur à l'hôpital (urgence ou hospitalisation)**

- Symptômes de compression médullaire
- Hypercalcémie maligne Ca corrigé > 3 mmol/L
- Neutropénie fébrile ($T^{\circ} \geq 38,3$ °C et neutrophiles < $1,0 \times 10^9/L$)
- Symptômes neurologiques rapidement progressifs d'une lésion primaire ou métastatique
- Syndrome de la veine cave supérieure