



CONSULTATION EN GYNÉCOLOGIE ADULTE

ATTENTION : Consulter les alertes cliniques au verso  
et favoriser les protocoles de l'Accueil clinique  
pour les grossesses du premier trimestre.

**CRV**

Ce formulaire ne s'applique pas pour les grossesses au-delà de 14 semaines.

Raison de consultation		Échelle de priorité clinique : A : ≤3 jrs B : ≤10 jrs C : ≤28 jrs D : ≤3 mois E : ≤12 mois				
Saignements utérins anormaux (SUA)	<input type="checkbox"/> Post-ménopausiques	C	Polypes de l'endomètre	<input type="checkbox"/> Post-ménopausiques sans SUA	D	
	Pré-ménopausiques (Prérequis : Hb, β-HCG et rapport d'échographie pelvienne)	<input type="checkbox"/> Hb < 80		C	<input type="checkbox"/> Pré-ménopausiques	E
		<input type="checkbox"/> Hb entre 80 et 120		D	<input type="checkbox"/> Épaississement de l'endomètre > 11 mm post ménopausique (Prérequis : rapport échographie endovaginale)	D
		<input type="checkbox"/> Hb > 120		E		
Fibromes	<input type="checkbox"/> Fibromes > 10 cm ou signes/symptômes compressifs (Prérequis : rapport d'échographie pelvienne)	D	Polypes et épaississement de l'endomètre	<input type="checkbox"/> Polype du col avec cytologie normale	E	
	<input type="checkbox"/> Fibromes asymptomatiques et Hb normale (Prérequis : rapport d'échographie pelvienne)	E		Vulvo-vaginal	<input type="checkbox"/> Pathologies vulvaires/vaginales bénignes	E
Masse annexielle	Post-ménopausique (Prérequis : rapport d'échographie pelvienne et Ca-125)	<input type="checkbox"/> Complexe <sup>1</sup>	C		<input type="checkbox"/> Vulvo-vaginites récidivantes et réfractaires	E
		<input type="checkbox"/> Simple	D	<input type="checkbox"/> Dyspareunie ou vaginisme	E	
	Pré-ménopausique, masse persistante > 3 cm (Prérequis : 2 rapports d'échographie pelvienne ≥ 2 mois d'intervalle)	<input type="checkbox"/> Complexe <sup>1</sup>	C	Autres	<input type="checkbox"/> Contraception complexe, ligature tubaire ou stérilet	E
		<input type="checkbox"/> Simple	D		<input type="checkbox"/> Infertilité <sup>2</sup>	E
<input type="checkbox"/> Avec ascite ou carcinomatose péritonéale (Prérequis : rapport d'imagerie)	Néoplasie	Cytologie anormale ou lésion du col visuellement suspecte Référer directement au Centre de coloscopie de votre territoire			<input type="checkbox"/> Aménorrhée secondaire de > 6 mois (Prérequis : TSH, PRL, LH, FSH, β-HCG)	D
		<input type="checkbox"/> Lésion vulvaire ou vaginale suspecte	C		<input type="checkbox"/> Ménopause complexe (Prérequis : justifier le besoin)	E
<input type="checkbox"/> Néoplasie de l'endomètre confirmée (Prérequis : rapport de pathologie)	B	<input type="checkbox"/> Prolapsus génital symptomatique <sup>3</sup>	E	<input type="checkbox"/> Endométriose suspectée ou douleur pelvienne chronique (> 6 mois) (Prérequis : rapport d'échographie pelvienne)	E	

Autre raison de consultation non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique (Justification OBLIGATOIRE ci-dessous) : 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<sup>4</sup> :

Identification du médecin référent et du point de service				E tampe
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> Si vous désirez une référence à un médecin ou à un point de service en particulier
Nom du médecin de famille				
Nom du point de service				

**Légende :**

- 1 Description masse annexielle complexe : hétérogène, zone solide, avec septa
- 2 Définition de l'infertilité :
  - Infertilité  $\geq$  1 an AVEC cycles réguliers ET âgée < 35 ans
  - Infertilité  $\geq$  6 mois AVEC cycles irréguliers OU âgée  $\geq$  35 ans
  - Spermogramme anormal
  - $\geq$  3 avortements spontanés
- 3 Prolapsus génital symptomatique : cystocèle, rectocèle, prolapsus utérin ou évaluation de pessaire
- 4 Inscrire l'indice de masse corporelle si > 35, si mobilité réduite, besoin d'interprète, etc.

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

- Grossesse ectopique soupçonnée ou confirmée
- Ménorragie aiguë importante
- Hyperemesis gravidarum avec déshydratation
- Abscess de la glande de Bartholin
- Infection pelvienne aiguë avec ou sans abcès
- Prolapsus génital complet en rétention urinaire
- Avortement avec saignement actif important ou fièvre
- Saignement du 1er trimestre ou

**Orienter la femme vers les ressources disponibles dans la région : Accueil clinique (utiliser formulaire approprié), clinique du 1er trimestre**

**Les consultations A et B en provenance de l'urgence peuvent être assignées aux plages réservées dans les cliniques**

**Les services suivants doivent être orientés en 1re ligne :****Visite gynécologique de santé préventive, incluant :**

- Examen annuel/cytologie cervico-vaginale (PAP test)/dépistage ITSS
- Ménopause
- Contraception