

CONSULTATION EN HÉMATO-ONCOLOGIE/
HÉMATOLOGIE ADULTE

CICL

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

Télécopieur: 450 975-5044

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 inexplicquée (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 ²)	B		
	<input type="checkbox"/> Ht > 0,10 de + que la normale	E		<input type="checkbox"/> Ganglions augmentés en nombre et en taille ³	C		
Globules blancs	<input type="checkbox"/> Neutropénie < 0,5 x 10 ⁹ /L (valeur absolue)	B		<input type="checkbox"/> Splénomégalie > 15 cm sans cytopénie	C		
	<input type="checkbox"/> Neutropénie entre 0,5 et 1 x 10 ⁹ /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 ⁹ /L (contrôlée après 3 mois)	E		Pic monoclonal	<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	
	<input type="checkbox"/> G.B. > 20 x 10 ⁹ /L avec myélémie ¹	B			<input type="checkbox"/> >15g/L	C	
	<input type="checkbox"/> Neutrophilie contrôlée et inexplicquée	E			<input type="checkbox"/> <15g/L sans cytopénie (Hb > 100 g/L et plaquettes > 100 x 10 ⁹ /L et neutros > 1 x 10 ⁹ /L)	E	
	<input type="checkbox"/> Lymphocytose avec cytopénie (Hb < 100 g/L ou plaquettes < 100 x 10 ⁹ /L ou neutros < 1 x 10 ⁹ /L) ou lymphocytose > 100 x 10 ⁹ /L	B		Autres	<input type="checkbox"/> Pancycopénie ou bicytopénie (neutros < 1 x 10 ⁹ /L, plaquettes < 75 x 10 ⁹ /L, Hb < 85 g/L)	B	
<input type="checkbox"/> Lymphocytose de 30 à 100 x 10 ⁹ /L	C	Ferritine augmentée avec HFE ⁴ positif			<input type="checkbox"/> >1000mcg/L	D	
<input type="checkbox"/> Lymphocytose < 30 x 10 ⁹ /L	D				<input type="checkbox"/> <1000mcg/L	E	
Plaquettes	<input type="checkbox"/> 20-49 x 10 ⁹ /L	B	<input type="checkbox"/> Hématologie obstétricale		C		
	<input type="checkbox"/> 50-74 x 10 ⁹ /L	D	Référer à la clinique GARE si disponible dans votre région				
	<input type="checkbox"/> 75-140 x 10 ⁹ /L contrôlée après 3 mois	E					
	<input type="checkbox"/> 450-699 x 10 ⁹ /L contrôlée et inexplicquée	E					
	<input type="checkbox"/> 700-999 x 10 ⁹ /L	C					
	<input type="checkbox"/> ≥ 1000 x 10 ⁹ /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		
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		
					<input type="checkbox"/> Prescrit(s)		
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)			
Médecin de famille : <input type="checkbox"/> Idem au médecin référent <input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille Référence nominative (si requis)							
Nom du médecin de famille							
Nom du point de service							

Étampe

Légende

¹ Myélémie : présence de myélocytes et métamyélocytes au décompte manuel

² Symptôme B : fièvre inexplicquée, perte de poids de plus de 10 %, sudations nocturnes

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

⁴ 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 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