



## DEMANDE DE COLOSCOPIE LONGUE

Provenance de la demande	
<input type="checkbox"/> CSSS <input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/> Clinique Préciser le nom: _____	
Ind. Rég.	No de téléphone
No de poste	Ind. Rég. No de télécopieur
Consultation demandée par: <input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Autre médecin référent	
Nom	Ind. Rég. No de téléphone
Signature du médecin	
No de permis	Date (aa-mm-jj)
Copie des résultats <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Autre référent <input type="checkbox"/> Autres médecins particuliers	
Indiquer les noms et adresses:	
Télécopier à:	
Ind. Rég.	No de télécopieur
450	654-9093
Nom de l'unité d'endoscopie	
Hôpital Pierre Le-Gardeur	
Nom du médecin traitant, s'il y a lieu:	
Indication de la coloscopie (Lorsqu'indiqué, veuillez joindre les résultats pertinents à cette demande)	
A - Si présence des symptômes suivants ou si résultats anormaux	
Niveau de priorité <sup>2</sup>	
IN1	<input type="checkbox"/> Hémorragie digestive basse (diriger vers l'urgence immédiatement) <sup>3</sup>
P1	Immédiat ≤ 24 h
IN2	<input type="checkbox"/> Haut indice de suspicion de cancer basé sur l'imagerie, l'endoscopie ou l'examen clinique (joindre rapports et autres résultats)
P2	Urgent ≤ 14 jours
IN5	<input type="checkbox"/> Test immuno-chimique de recherche de sang occulte dans les selles positif (RSOSI +) (joindre résultat)
IN7	<input type="checkbox"/> Modification récente des habitudes intestinales
IN3	<input type="checkbox"/> Éléments cliniques suggérant une maladie inflammatoire de l'intestin active (MII)
IN17	<input type="checkbox"/> Polypes visualisés par imagerie médicale (joindre rapport d'imagerie)
IN4	<input type="checkbox"/> Rectorragie (saignement anorectal avec ou sans hémorroïdes) ≥ 40 ans
IN18	<input type="checkbox"/> Suspicion de cancer colorectal occulte <sup>5</sup>
IN6	<input type="checkbox"/> Anémie tempore documentée non expliquée (joindre FSC et bilan martial)
IN19	<input type="checkbox"/> Préparation colique inadéquate - colonoscopie à refaire
IN20	<input type="checkbox"/> Suivi de diverticulite (en phase post aigüe)
IN10	<input type="checkbox"/> Rectorragie (saignement anorectal avec ou sans hémorroïdes) < 40 ans <sup>4</sup>
IN12	<input type="checkbox"/> Constipation chronique <input type="checkbox"/> Diarrhée chronique Préciser investigations préalables
P3	Semi-électif ≤ 60 jours
P4	Électif ≤ 6 mois
B - Dépistage du cancer colorectal pour les personnes ayant des antécédents familiaux significatifs <sup>6</sup>	
IN8	Antécédents familiaux de cancer colorectal, de polypes ou d'adénomes avancés, préciser: <input type="checkbox"/> 1 parent du 1 <sup>er</sup> degré <sup>7</sup> , diagnostiqué avant l'âge de 60 ans <input type="checkbox"/> 2 parents du 1 <sup>er</sup> degré, peu importe l'âge lors du diagnostic <input type="checkbox"/> 1 parent du 1 <sup>er</sup> degré et 1 parent du 2 <sup>e</sup> degré <sup>8</sup> du même côté de la famille, peu importe l'âge lors du diagnostic
P4	Électif ≤ 6 mois 1 <sup>ère</sup> coloscopie Voir les algorithmes <sup>9</sup> pour le suivi approprié selon la condition
C - Dépistage du cancer colorectal pour les personnes à risque moyen sans antécédents personnels ou familiaux significatifs	
IN11	<input type="checkbox"/> Après discussion avec l'usager, le médecin référent choisit plutôt de prescrire la coloscopie malgré la disponibilité du test de RSOSI et sa pertinence comme examen de dépistage du cancer colorectal <sup>9</sup> .  Dernier résultat négatif de RSOSI: _____ Date: _____ <b>Rappel: Si le test RSOSI est négatif, il devrait être répété aux deux ans.</b>
P5	Toutes les autres indications de coloscopie doivent être prioritaires avant de programmer des coloscopies de dépistage
D - Surveillance (contrôle) - Si coloscopie(s) antérieure(s), mais absence de symptômes	
Antécédents personnels	
IN14	<input type="checkbox"/> Cancer colorectal
IN13	<input type="checkbox"/> Polypes adénomateux
IN15	<input type="checkbox"/> Surveillance MII (8-10 ans / après le début des
Antécédents familiaux	
IN21	<input type="checkbox"/> Surveillance d'antécédents familiaux significatifs
Dernière coloscopie	
Date:	_____
Lieu:	_____
N.B. Personne à risque moyen ayant eu une coloscopie antérieure normale, prescrire RSOSI après 10 ans	
C	Contrôle Voir les algorithmes pour le suivi approprié selon la condition Date ciblée pour faire le suivi
E - Renseignements complémentaires pertinents	
Médication	
Anticoagulants: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Médicament: _____
Indication: _____	
Antiplaquettaire: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Médicament: _____
Indication: _____	
Protocole Recommandation	
d'anticoagulothérapie: _____	
AINS: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Médicament: _____
Indication: _____	
Autres	
MPOC oxygénéodépendant: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Diabète traité par: Insuline: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Hypoglycémiant oraux: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Apnée du sommeil avec appareil: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Insuffisance cardiaque sévère classe 4: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Insuffisance rénale: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Stimulateur cardiaque: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Problèmes de compréhension: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Problèmes de mobilité: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Défibrillateur cardiaque: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Informations complémentaires:	

**Si plus d'une indication est inscrite au formulaire de demande de coloscopie, l'indication avec le niveau de priorité le plus élevé sera retenue pour la coloscopie.**

## RÉFÉRENCES

- 1 Une copie des résultats doit obligatoirement être envoyée au médecin référent.
- 2 Les délais et priorités proposés sont des cibles d'amélioration à atteindre et ne constituent pas des directives de pratique clinique. Le médecin référent peut toujours communiquer avec le coloscopiste, si jugé nécessaire.
- 3 Définition d'hémorragie digestive basse : rectorragie avec instabilité hémodynamique, chute importante d'hémoglobine et/ou besoin de transfusion sanguine.
- 4 La coloscopie courte (sigmoïdoscopie) est également indiquée comme examen diagnostique.
- 5 Syndrome paranéoplasique.
- 6 Si l'utilisateur rapporte l'apparition de symptômes, il est de la responsabilité du médecin référent de faire les suivis appropriés et d'en aviser l'unité d'endoscopie digestive où la requête a été adressée.
- 7 Parent de 1<sup>er</sup> degré : père/mère, frère/sœur, enfant.  
Parent de 2<sup>e</sup> degré : grands-parents, oncle/tante, neveu/niece.
- 8 Les algorithmes sont accessibles au [www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/pqdccr](http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/pqdccr)  
<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/pqdccr>
- 9 L'examen de dépistage recommandé pour les personnes à risque moyen (50-74 ans, asymptomatiques, sans antécédents familiaux ou personnels de cancer colorectal ou de polypes adénomateux) est le test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSI). La coloscopie est prescrite en confirmation diagnostique d'un test positif de RSOSI (IN5).
- 10 Il est inutile de suspendre Aspirine, Persantine ou Aggrenox avant la coloscopie.