



DEMANDE DE CONSULTATION EN GASTRO-ENTÉROLOGIE

Provenance de la demande

CISSS CH CHSLD CLSC Cabinet

Préciser le nom :

No de téléphone

No de poste

No de télécopieur

Consultation demandée par médecin traitant autre médecin référent

Nom :

No de téléphone

No de permis

Signature du médecin

Date (aa-mm-jj)

Copie des résultats au médecin traitant médecin référent autres

Indiquer les noms et adresses :

Télécopier au 450-470-2635

Centrale de rendez-vous, hôpital Pierre Le-Gardeur

Est-ce que le patient a déjà rencontré un gastro-entérologue de notre établissement ? oui non

Si oui, inscrire le nom du médecin :

Indication de la consultation

Niveau de priorité*

C1	<input type="checkbox"/> Cholangite aiguë - Diriger vers l'urgence immédiatement	P1	Immédiat ≤ 24 hres
C2	<input type="checkbox"/> Hépatite aiguë sévère - Diriger vers l'urgence immédiatement		
C3	<input type="checkbox"/> Maladie hépatique sévère décompensée - Diriger vers l'urgence immédiatement		
C4	<input type="checkbox"/> Pancréatite aiguë - Diriger vers l'urgence immédiatement		
C5	<input type="checkbox"/> Ictère obstructif SANS douleur et sans fièvre	P2	Urgent ≤ 14 jours
C6	<input type="checkbox"/> Forte probabilité de cancer à l'imagerie pour : foie, voies biliaires et pancréas		
C7	<input type="checkbox"/> Cirrhose du foie confirmée	P3	Semi-électif ≤ 60 jours
C8	<input type="checkbox"/> Hépatite virale chronique confirmée (HBV ou HCV)		
C9	<input type="checkbox"/> Maladie hépatique confirmée (CBP, CSP, etc)		
C10	<input type="checkbox"/> Transfert de patients pédiatriques atteints de MII vers soins adultes		
C11	<input type="checkbox"/> Diarrhée chronique (durée ≥ 8 semaines)		
C12	<input type="checkbox"/> Constipation chronique	P4	Électif ≤ 6 mois
C13	<input type="checkbox"/> Douleur abdominale chronique inexpliquée		
C14	<input type="checkbox"/> Dyspepsie ou RGO mal contrôlé SANS symptôme d'alarme		
C15	<input type="checkbox"/> Perturbation non-expliquée du bilan hépatique depuis plus de 6 mois		

Svp, veuillez joindre les documents suivants :

1. Résultats de laboratoire ou d'imagerie pertinents 2. Liste des médicaments à jour

Renseignements complémentaires pertinents (Attention : ils seront vus par le médecin SEULEMENT le jour de la consultation)

*N.B. Les délais et priorités proposés sont des cibles d'amélioration à atteindre et ne constituent pas des directives de pratiques cliniques.

Autres commentaires :

Date de réception de la demande : _____