

RÉFÉRENCE EN HÉMATOLOGIE

(pour une consultation en oncologie, utiliser le formulaire « Demande de consultation en oncologie »)

Médecin référent :	# permis :	Date de l'envoi :
Signature :	Tél :	Fax :

Le patient a-t-il déjà été vu par un hémato-oncologue de notre établissement?

Oui (indiquez le nom) : _____ Non

	Niveau de priorité	
<input type="checkbox"/> Anémie sévère <80 g/L ou symptomatique <input type="checkbox"/> Thrombocytopénie sévère <15x10 ⁹ /L de novo <input type="checkbox"/> Polyglobulie avec Ht >65% ou Hb >200 g/L <input type="checkbox"/> Thrombose aiguë <input type="checkbox"/> Saignement aigu	Dirigez ces patients à l'urgence	
<input type="checkbox"/> Anémie sévère non ferriprive <90 g/L <input type="checkbox"/> GB >30 x 10 ⁹ /L avec myélémie <input type="checkbox"/> GB >15 x 10 ⁹ /L avec cellules immatures <input type="checkbox"/> Lymphocytose >100x10 ⁹ /L <input type="checkbox"/> Neutropénie <0,5 x10 ⁹ /L <input type="checkbox"/> Plaquettes >1000 x10 ⁹ /L <input type="checkbox"/> Pancytopenie sévère (Hb <100 g/L, Plaquettes <100 x10 ⁹ /L et neutrophiles <1,5 x10 ⁹ /L) <input type="checkbox"/> Thrombocytopénie <75x10 ⁹ /L ou coagulopathie connue chez patiente enceinte	P1	Urgent <1 sem.
<input type="checkbox"/> Masse ganglionnaire ou splénomégalie >15 cm <input type="checkbox"/> Gammopathie monoclonale IgG, IgA ou IgM ≥15 g/L <input type="checkbox"/> Ferritine >1000 ug/L avec génotype HFE positif pour hémochromatose <input type="checkbox"/> Anémie non ferriprive < 100 g/L <input type="checkbox"/> Lymphocytose persistante >10x10 ⁹ /L <input type="checkbox"/> Polyglobulie avec Ht >50% chez la femme et >52% chez l'homme <input type="checkbox"/> Thrombopénie <50 x10 ⁹ /L <input type="checkbox"/> Thrombocytose >750 x10 ⁹ /L <input type="checkbox"/> Neutropénie <1,0 x10 ⁹ /L	P2	Semi-urgent <4 sem.
<input type="checkbox"/> Gammopathie monoclonale IgG, IgA ou IgM <15 g/L <input type="checkbox"/> INR >1,5 sans anticoagulant <input type="checkbox"/> PTT >35 sec. sans anticoagulant <input type="checkbox"/> Déficit prouvé en facteur de la coagulation <input type="checkbox"/> Saignement récidivant inexplicé <input type="checkbox"/> Thrombose idiopathique	P3	Électif

- Joindre une formule sanguine complète et/ou un coagulogramme complet pour toutes les consultations en hématologie.
- N.B. Les délais et priorités proposés sont des cibles d'amélioration à atteindre et ne constituent pas des directives de pratiques cliniques.

Commentaires : _____

Date de réception de la demande : _____.