



DT9264

CONSULTATION EN HÉMATOLOGIE ET NÉOPLASIE HÉMATOLOGIQUE ADULTE

Attention :

- Consulter les alertes cliniques au verso.
- Favoriser les protocoles de l'Accueil clinique (si disponibles) avant de remplir ce formulaire.

- Résultats de laboratoire récent (< 2 mois)
 Le patient a été avisé de la demande de consultation

Nom et prénom de l'utilisateur			
N° d'assurance maladie		Année	Mois
		Expiration	
Nom et prénom du parent			
Ind. rég.	N° téléphone	Ind. rég.	N° téléphone (autre)
Adresse			
		Code postal	

Raison de consultation		Échelle de priorité clinique : B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois		Pour les consultations de priorité A (≤ 3 jrs), ne pas les transmettre au CRDS ; utiliser les corridors suivants : spécialiste de garde, accueil clinique, etc.			
Globules rouges	<input type="checkbox"/> Pancytopénie ou bicytopenie (neutros < 1 x 10 ⁹ /L et plaquettes < 75 x 10 ⁹ /L et/ou Hb < 85 g/L)	B		Hémostasie	<input type="checkbox"/> Diathèse hémorragique (Prérequis : INR, PTT, fibrinogène ou temps de thrombine)	<input type="checkbox"/> Avec tests anormaux	D
	Anémie inexpliquée (Prérequis : bilan martial, B12, créatinine, TSH)	<input type="checkbox"/> Hb < 85 g/L	B		<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"/> Femme : Hb > 100 g/L à 112 g/L Homme : Hb > 100 g/L à 130 g/L	E		<input type="checkbox"/> Suspicion de thrombophilie	E	
Globules blancs	<input type="checkbox"/> Anémie ferriprive Hb < 100 g/L investiguée qui ne répond pas à 6 mois de thérapie orale	C		Suspicion de néoplasie	<input type="checkbox"/> Suspicion de lymphome (ex. : magma ganglionnaire significatif de taille > 5 cm ou symptôme B ²)	B	
	Polyglobulie	<input type="checkbox"/> Ht > 0,65 ou Hb > 200 g/L contrôlée	C		<input type="checkbox"/> Ganglions augmentés en nombre et en taille (exérèse chirurgicale suggérée si > 2cm et soutenu > 3 mois)	C	
		<input type="checkbox"/> Ht > 0,10 de + que la normale	E		Splénomégalie (Rate > 15 cm)	<input type="checkbox"/> Avec cytopénie	C
	Neutropénie	<input type="checkbox"/> < 0,5 x 10 ⁹ /L (valeur absolue)	B			<input type="checkbox"/> Sans cytopénie	D
<input type="checkbox"/> 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"/> entre 1,1 et 1,3 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	E		<input type="checkbox"/> > 15 g/L	C			
<input type="checkbox"/> Neutrophilie inexpliquée de plus de 15 x 10 ⁹ /L (contrôlée après 3 mois)	B	Autres	Hémoglobino-pathie prouvée	<input type="checkbox"/> < 15 g/L sans cytopénie (Hb > 100 g/L et plaquettes > 100 x 10 ⁹ /L et neutros > 1 x 10 ⁹ /L)	E		
Lymphocytose avec	<input type="checkbox"/> Hb < 100 g/L			B	<input type="checkbox"/> Hb ≤ 100 g/L	D	
<input type="checkbox"/> plaquettes < 100 x 10 ⁹ /L ou neutros < 1 x 10 ⁹ /L	B	Ferritine augmentée avec gène HFE ³ muté	<input type="checkbox"/> Hb > 100 g/L	<input type="checkbox"/> ≥ 1000 mcg/L	D		
<input type="checkbox"/> lymphocytose > 100 x 10 ⁹ /L	B			<input type="checkbox"/> < 1000 mcg/L	E		
<input type="checkbox"/> Lymphocytose isolée de 30 à 100 x 10 ⁹ /L	C	<input type="checkbox"/> Hématologie obstétricale	Référer à la clinique GARE. Si non disponible, spécifier le lieu planifié de l'accouchement :	C			
<input type="checkbox"/> Lymphocytose isolée 5 à 30 x 10 ⁹ /L	D						
<input type="checkbox"/> Éosinophilie supérieure à 1.5 contrôlée après 6 mois	D						
Plaquettes	Thrombopénie	<input type="checkbox"/> 20-49 x 10 ⁹ /L	B				
		<input type="checkbox"/> 50-74 x 10 ⁹ /L	D				
		<input type="checkbox"/> 75-100 x 10 ⁹ /L contrôlée après 3 mois	E				
	Thrombocytose	<input type="checkbox"/> 450-699 x 10 ⁹ /L contrôlée après 3 mois	E				
<input type="checkbox"/> 700-999 x 10 ⁹ /L	C						
<input type="checkbox"/> ≥ 1000 x 10 ⁹ /L	B						

Autre raison de consultation non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique (justification OBLIGATOIRE dans la section suivante) :

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				Estampe
Nom du médecin référent		N° de permis		
Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste	Ind. rég.	
			N° de télécopieur	
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				Si vous désirez une référence à un médecin ou à un point de service en particulier
Nom du point de service				

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 HFE : génotype, si homozygote ou double hétérozygote, associé à la présence d'une hémochromatose héréditaire (H63D, C282Y)

Alertes cliniques (liste non exhaustive)

Considérer diriger l'utilisateur vers l'urgence

- 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