



DT9634

DEMANDE DE CONSULTATION POUR INVESTIGATION: DÉPISTAGE DU CANCER DU POUMON

Attention : compléter ce formulaire si l'examen de dépistage révèle une suspicion de néoplasie afin de diriger l'usager vers un médecin spécialiste pour consultation via le Guichet d'investigation en cancérologie ou selon les modalités d'accès de votre établissement.

Identification du référent et du centre de coordination	
Examen demandé par: Infirmière du centre de coordination (Protocole médical national n°888051)	

Nom et prénom		N° de permis					
Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste	Ind. rég.	N° de télécopieur	Nom du centre de coordination		

Signature				Date de la demande	Année	Mois	Jour
-----------	--	--	--	--------------------	-------	------	------

Formulaire télécopié au:	Guichet d'investigation en cancérologie (ou modalité d'accès de l'établissement)	Ind. rég.	N° de télécopieur
--------------------------	--	-----------	-------------------

Copie des résultats à :				
<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IPS	Nom et prénom			N° de permis
Point de service				Ind. rég. N° de télécopieur
<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IPS	Nom et prénom			N° de permis
Point de service				Ind. rég. N° de télécopieur

Référence au Guichet d'investigation en cancérologie (ou modalité d'accès de l'établissement)	Classification Lung-RADS (LR) du résultat de la TAFD précédente	Délai de prise en charge de la requête
Date de la dernière TAFD : Année Mois Jour	Point de service	
<input type="checkbox"/> Consultation pour une prise en charge en investigation <i>(Joindre le rapport de la TAFD)</i> <i>(Joindre la lettre à l'intention du Guichet d'investigation en cancérologie)</i>	<input type="checkbox"/> LR4A – Suspect <i>(avec nodule solide ou avec composante solide ≥ 8 mm)</i> <input type="checkbox"/> LR4B – Très suspect <input type="checkbox"/> LR4X – Très suspect	≤ 48 heures <i>(Prise en charge de la requête par l'infirmière du Guichet d'investigation en cancérologie)</i>

Renseignements complémentaires pertinents	

Nom et prénom de l'usager		
Nom et prénom de la mère		
N° d'assurance maladie	Expiration	Date de naissance (A M J)
Adresse (n°, rue, ville)		
Code postal	Téléphone	Ind. rég. Résidence
Ind.rég. Travail	N° de poste	Ind. rég. Cellulaire
Courriel		