



DT9252

CONSULTATION EN GYNÉCOLOGIE ADULTE

Attention : Consulter les alertes cliniques au verso. Favoriser les protocoles de l'Accueil clinique pour les grossesses du premier trimestre.
Ce formulaire ne s'applique pas pour les grossesses au-delà de 14 semaines.

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 <small>Pour les consultations de priorité A (≤ 3 jrs), ne pas les transmettre au CRDS ; utiliser les corridors suivant : spécialiste de garde, accueil clinique, etc.</small>							
Saignements utérins anormaux (SUA)	<input type="checkbox"/> Post-ménopausiques			C	Polypes de l'endomètre	<input type="checkbox"/> Post-ménopausiques sans SUA	D		
	Pré-ménopausiques <small>(Prérequis : Hb, β-HCG et rapport d'échographie pelvienne)</small>	<input type="checkbox"/> Hb < 80				C	<input type="checkbox"/> Pré-ménopausiques	E	
		<input type="checkbox"/> Hb entre 80 et 120				D	<input type="checkbox"/> Épaississement de l'endomètre > 11 mm post ménopausique <small>(Prérequis : rapport échographie endovaginale)</small>	D	
	<input type="checkbox"/> Hb > 120			E	<input type="checkbox"/> Polype du col avec cytologie normale	E			
Fibromes	<input type="checkbox"/> Fibromes > 10 cm ou signes/symptômes compressifs <small>(Prérequis : rapport d'échographie pelvienne)</small>			D	Vulvo-vaginal	<input type="checkbox"/> Pathologies vulvaires/vaginales bénignes	E		
	<input type="checkbox"/> Fibromes asymptomatiques et Hb normale <small>(Prérequis : rapport d'échographie pelvienne)</small>			E		<input type="checkbox"/> Vulvo-vaginites récidivantes et réfractaires	E		
Masse annexielle	Post-ménopausique <small>(Prérequis : rapport d'échographie pelvienne et Ca-125)</small>	<input type="checkbox"/> Complexe ¹			C	Autres	Complications liées aux bandelettes urinaires. <small>Référer à votre centre désigné en santé pelvienne via le formulaire de demande de consultation (https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/programme-sante-pelvienne/centres-designes/)</small>		
		<input type="checkbox"/> Simple			D				
	Pré-ménopausique, masse persistante > 3 cm <small>(Prérequis : 2 rapports d'échographie pelvienne ≥ 2 mois d'intervalle)</small>	<input type="checkbox"/> Complexe ¹			C			<input type="checkbox"/> Contraception complexe, ligature tubaire ou stérilet	E
		<input type="checkbox"/> Simple			D			<input type="checkbox"/> Infertilité ²	E
<input type="checkbox"/> Avec ascite ou carcinomatose péritonéale <small>(Prérequis : rapport d'imagerie)</small>			B	<input type="checkbox"/> Aménorrhée secondaire de > 6 mois <small>(Prérequis : TSH, PRL, LH, FSH, β-HCG)</small>	D				
Néoplasie	Cytologie anormale ou lésion du col visuellement suspecte Référer directement au Centre de colposcopie de votre territoire					<input type="checkbox"/> Ménopause complexe <small>(Prérequis : justifier le besoin)</small>	E		
	<input type="checkbox"/> Lésion vulvaire ou vaginale suspecte			C	<input type="checkbox"/> Prolapsus génital symptomatique ³	E			
	<input type="checkbox"/> Néoplasie de l'endomètre confirmée <small>(Prérequis : rapport de pathologie)</small>			B	<input type="checkbox"/> Endométriose suspectée ou douleur pelvienne chronique (> 6 mois) <small>(Prérequis : rapport d'échographie pelvienne)</small>	E			
<input type="checkbox"/> Autre raison de consultation non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique <small>(justification OBLIGATOIRE dans la section suivante) :</small>							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			
Besoins spéciaux ⁴ :									
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 Description masse annexielle complexe : hétérogène, zone solide, avec septa

² Définition de l'infertilité :

- Infertilité ≥ 1 an AVEC cycles réguliers ET âgée < 35 ans
- Infertilité ≥ 6 mois AVEC cycles irréguliers OU âgée ≥ 35 ans
- Spermogramme anormal
- ≥ 3 avortements spontanés

³ Prolapsus génital symptomatique : cystocèle, rectocèle, prolapsus utérin ou évaluation de pessaire

⁴ Inscrire l'indice de masse corporelle si > 35, si mobilité réduite, besoin d'interprète, etc.

Alertes cliniques (liste non exhaustive)

Diriger l'utilisateur vers l'urgence

- Grossesse ectopique soupçonnée ou confirmée
- Ménorragie aiguë importante
- Hyperemesis gravidarum avec déshydratation
- Abscess de la glande de Bartholin
- Infection pelvienne aiguë avec ou sans abscess
- Prolapsus génital complet en rétention urinaire
- Avortement avec saignement actif important ou fièvre
- Saignement du 1^{er} trimestre ou

Orienter la femme vers les ressources disponibles dans la région : Accueil clinique (utiliser formulaire approprié), clinique du 1^{er} trimestre

Les services suivants doivent être orientés en 1^{re} ligne et non pas au CRDS :

Visite gynécologique de santé préventive, incluant :

- Examen annuel/cytologie cervico-vaginale (PAP test)/dépistage ITSS
- Ménopause
- Contraception

N.B. Les maladies du sein ne sont pas prises en charge par la gynécologie