



DT9264

## CONSULTATION EN HÉMATO-ONCOLOGIE/HÉMATOLOGIE ADULTE

**Attention : Consulter les alertes cliniques au verso et favoriser les protocoles de l'Accueil clinique (si disponibles) avant de remplir ce formulaire.**

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 : A : ≤ 3 jrs B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois					
Globules rouges	Anémie sévère non ferriprive Hb < 85 g/L	<input type="checkbox"/> Avec autre cytopénie	<b>B</b>	Hémostase	Diathèse hémorragique	<input type="checkbox"/> Avec tests anormaux (INR, PTT, fibrinogène ou temps de thrombine)	<b>D</b>
		<input type="checkbox"/> Sans autre cytopénie	<b>C</b>			<input type="checkbox"/> Avec tests normaux	<b>E</b>
	Anémie inexplicquée (Prérequis : bilan martial, B12, créatinine, TSH)	<input type="checkbox"/> Hb entre 85 g/L et 100 g/L	<b>D</b>		<input type="checkbox"/> Thrombose récidivante ou site non usuel	<b>D</b>	
		<input type="checkbox"/> Hb ≥ 100 g/L	<b>E</b>	<input type="checkbox"/> Suspicion de thrombophilie	<b>E</b>		
Polyglobulie	<input type="checkbox"/> Ht > 0,65 ou Hb > 200 g/L contrôlée	<b>C</b>	Suspicion de néoplasie	<input type="checkbox"/> Suspicion de lymphome (ex. : magma ganglionnaire significatif de taille > 5 cm ou symptôme B <sup>2</sup> )	<b>B</b>		
	<input type="checkbox"/> Ht > 0,10 de + que la normale	<b>E</b>		<input type="checkbox"/> Ganglions augmentés en nombre et en taille <sup>3</sup>	<b>C</b>		
Globules blancs	<input type="checkbox"/> Neutropénie < 0,5 x 10 <sup>9</sup> /L (valeur absolue)	<b>B</b>		<input type="checkbox"/> Splénomégalie >15 cm sans cytopénie	<b>C</b>		
	<input type="checkbox"/> Neutropénie entre 0,5 et 1 x 10 <sup>9</sup> /L (valeur absolue)	<b>D</b>		<input type="checkbox"/> Lymphome confirmé (Prérequis : rapport de pathologie)	<b>B</b>		
	<input type="checkbox"/> Neutropénie entre 1,1 et 1,5 x 10 <sup>9</sup> /L (contrôlée après 3 mois)	<b>E</b>		Pic monoclonal	<input type="checkbox"/> Avec cytopénie (Hb < 100 g/L ou plaquettes < 100 x 10 <sup>9</sup> /L ou neutros < 1 x 10 <sup>9</sup> /L) ou insuffisance rénale de novo ou hypercalcémie	<b>B</b>	
	<input type="checkbox"/> G.B. > 20 x 10 <sup>9</sup> /L avec myélocémie <sup>1</sup>	<b>B</b>			<input type="checkbox"/> > 15 g/L	<b>C</b>	
	<input type="checkbox"/> Neutrophilie contrôlée et inexplicquée	<b>E</b>			<input type="checkbox"/> < 15 g/L sans cytopénie (Hb > 100 g/L et plaquettes > 100 x 10 <sup>9</sup> /L et neutros > 1 x 10 <sup>9</sup> /L)	<b>E</b>	
	<input type="checkbox"/> Lymphocytose avec cytopénie (Hb < 100 g/L ou plaquettes < 100 x 10 <sup>9</sup> /L ou neutros < 1 x 10 <sup>9</sup> /L) ou lymphocytose > 100 x 10 <sup>9</sup> /L	<b>B</b>		Autres	<input type="checkbox"/> Pancytopenie ou bicytopenie (neutros < 1 x 10 <sup>9</sup> /L, plaquettes < 75 x 10 <sup>9</sup> /L, Hb < 85 g/L)	<b>B</b>	
	<input type="checkbox"/> Lymphocytose de 30 à 100 x 10 <sup>9</sup> /L	<b>C</b>			Ferritine augmentée avec HFE <sup>4</sup> positif	<input type="checkbox"/> > 1000 mcg/L	<b>D</b>
<input type="checkbox"/> Lymphocytose < 30 x 10 <sup>9</sup> /L	<b>D</b>				<input type="checkbox"/> < 1000 mcg/L	<b>E</b>	
Plaquettes	<input type="checkbox"/> 20-49 x 10 <sup>9</sup> /L	<b>B</b>	<input type="checkbox"/> Hématologie obstétricale	<b>C</b>			
	<input type="checkbox"/> 50-74 x 10 <sup>9</sup> /L	<b>D</b>	<b>Référer à la clinique GARE si disponible dans votre région</b>				
	<input type="checkbox"/> 75-140 x 10 <sup>9</sup> /L contrôlée après 3 mois	<b>E</b>					
	<input type="checkbox"/> 450-699 x 10 <sup>9</sup> /L contrôlée et inexplicquée	<b>E</b>					
<input type="checkbox"/> 700-999 x 10 <sup>9</sup> /L	<b>C</b>						
<input type="checkbox"/> ≥ 1000 x 10 <sup>9</sup> /L	<b>B</b>						
<input type="checkbox"/> Autre raison de consultation non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique (justification OBLIGATOIRE dans la section suivante) :						Priorité clinique	
<b>Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires</b>				<b>Si prérequis exigé(s) :</b>			
				<input type="checkbox"/> Disponible(s) dans DSQ <input type="checkbox"/> Annexé(s) à la présente demande <input type="checkbox"/> Prescrit(s)			
<b>Besoins spéciaux :</b>							
<b>Identification du médecin référent et du point de service</b>				<b>Estampe</b>			
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							
<b>Signature</b>			Date (année, mois, jour)				
<b>Médecin de famille :</b> <input type="checkbox"/> Idem au médecin référent <input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille				<b>Référence nominative (si requis)</b>			
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

<sup>1</sup> Myélémie : présence de myélocytes et métamyélocytes au décompte manuel

<sup>2</sup> Symptôme B : fièvre inexpliquée, perte de poids de plus de 10 %, sudations nocturnes

<sup>3</sup> Pour un ganglion isolé > 2 cm et soutenu > 3 mois : envisager exérèse chirurgicale

<sup>4</sup> 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 <  $20 \times 10^9/L$  ou avec saignement significatif
- Suspicion de leucémie aiguë
- Neutropénie <  $1,0 \times 10^9/L$  et  $T^\circ \geq 38,3^\circ C$
- Thrombose aiguë

Utiliser le formulaire de l'Accueil clinique si disponible