



DT9241

DEMANDE DE COLOSCOPIE LONGUE

Nom et prénom de l'utilisateur _____

Nom de la mère _____

N° d'assurance maladie _____ Expiration _____ Date de naissance (A, M, J) _____

Adresse (n°, rue) _____

Code postal _____ Ind. rég. Résidence _____

Téléphone _____

Ind. rég. Travail _____ N° de poste _____ Ind. rég. Cellulaire _____

Courriel _____

Identification du référent et du point de service					
Examen demandé par : <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IPS/médecin partenaire					
Nom du référent			N° de permis		
Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste	Ind. rég.	N° de télécopieur	
Nom du médecin partenaire si IPS			N° de permis		Nom du point de service

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

Copie des résultats à¹ : Médecin de famille Autre médecin

Nom et coordonnées :

Demande télécopiée à	Nom de l'unité d'endoscopie digestive	Référence nominative
----------------------	---------------------------------------	----------------------

Indication de la coloscopie (Lorsqu'indiqué, joindre les résultats pertinents à cette demande.)

A- Si présence des symptômes suivants ou résultats anormaux		Niveau de priorité ²
IN1	<input type="checkbox"/> Hémorragie digestive basse (<i>Diriger l'utilisateur vers l'urgence immédiatement</i>) ³	P1 Immédiat ≤ 24 heures
IN2	<input type="checkbox"/> Haut indice de suspicion de cancer basé sur l'imagerie, l'endoscopie ou l'examen clinique (<i>Joindre rapport et autres résultats</i>)	P2 Urgent ≤ 14 jours
IN5	<input type="checkbox"/> Test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles positif (RSOSi +) (<i>Joindre résultat</i>)	P3 Semi-électif ≤ 60 jours
IN3	<input type="checkbox"/> Éléments cliniques suggérant une maladie inflammatoire de l'intestin active (MII)	
IN4	<input type="checkbox"/> Rectorragie (saignement anorectal avec ou sans hémorroïdes) ≥ 40 ans	
IN6	<input type="checkbox"/> Anémie ferriprive documentée non expliquée (<i>Joindre FSC et bilan martial</i>)	
IN10	<input type="checkbox"/> Rectorragie (saignement anorectal avec ou sans hémorroïdes) < 40 ans ⁴	P4 Électif ≤ 6 mois
IN7	<input type="checkbox"/> Modification récente des habitudes intestinales	P3 Semi-électif ≤ 60 jours
IN17	<input type="checkbox"/> Polypes visualisés par imagerie médicale (<i>Joindre rapport d'imagerie médicale</i>)	
IN18	<input type="checkbox"/> Suspicion de cancer colorectal occulte ⁵	
IN19	<input type="checkbox"/> Préparation colique inadéquate – coloscopie à refaire	P3 Semi-électif ≤ 60 jours
IN20	<input type="checkbox"/> Suivi de diverticulite (en phase post aiguë)	
IN12	<input type="checkbox"/> Constipation chronique <input type="checkbox"/> Diarrhée chronique (<i>Préciser investigations préalables</i>)	P4 Électif ≤ 6 mois

B- Dépistage du cancer colorectal pour les personnes ayant des antécédents familiaux significatifs ⁶		Niveau de priorité ²
IN8	Antécédents familiaux de cancer colorectal ou de polypes ⁷ , (<i>Préciser</i>) : <input type="checkbox"/> 1 parent de 1 ^{er} degré ⁸ , diagnostiqué avant l'âge de 60 ans <input type="checkbox"/> 2 parents de 1 ^{er} degré ⁸ , peu importe l'âge lors du diagnostic <input type="checkbox"/> 1 parent de 1 ^{er} degré et 1 parent de 2 ^e degré ⁸ du même côté de la famille, peu importe l'âge lors du diagnostic	P4 Électif ≤ 6 mois 1 ^{re} coloscopie Voir les algorithmes ⁹ pour le suivi approprié selon la condition.

C- Dépistage du cancer colorectal pour les personnes à risque moyen sans antécédents personnels ou familiaux significatifs ⁶		Niveau de priorité ²
IN11	<input type="checkbox"/> Après discussion avec l'utilisateur, le médecin traitant choisit plutôt de prescrire la coloscopie malgré la disponibilité du test de RSOSi et sa pertinence comme examen de dépistage du cancer colorectal ¹⁰ . Dernier résultat négatif de RSOSi : Date : _____ Rappel : Si le test RSOSi est négatif, il devrait être répété tous les 2 ans.	P5 Prioriser les coloscopies de P1 à P4 avant les coloscopies de P5

D- Surveillance (contrôle) – Si coloscopie(s) antérieure(s), mais absence de symptômes ⁶			C	Contrôle Voir les algorithmes ⁹ pour le suivi approprié selon la condition. Date ciblée pour faire le suivi
Antécédents personnels	Antécédents familiaux	Dernière coloscopie		
IN14 <input type="checkbox"/> Cancer colorectal IN13 <input type="checkbox"/> Polypes IN15 <input type="checkbox"/> Surveillance MII (8-10 ans après le début symptômes)	IN21 <input type="checkbox"/> Surveillance d'antécédents familiaux significatifs	Date : _____ Lieu : _____ N.B. Personne à risque moyen ayant eu une coloscopie antérieure normale, prescrire RSOSi après 10 ans.	C	Contrôle Voir les algorithmes ⁹ pour le suivi approprié selon la condition. Date ciblée pour faire le suivi

E- Renseignements complémentaires pertinents			
Médication	Anticoagulants : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Médicament : _____	Indication : _____
	Antiplaquettaires : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Médicament : _____	Indication : _____
	Protocole d'anticoagulothérapie	Recommandations : _____	
Autres	AINS ¹¹ : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Médicament : _____	Indication : _____
	MPOC oxygénodépendant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Diabète traité par : Insuline : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Hypoglycémiant oraux : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Apnée du sommeil avec appareil : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Insuffisance cardiaque sévère classe 4 : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Insuffisance rénale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Stimulateur cardiaque : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Problèmes de compréhension : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Problèmes de mobilité : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Informations complémentaires :			Date de réception :

S'il y a plus d'une indication cochée sur le formulaire de demande de coloscopie, c'est l'indication avec le niveau de priorité le plus élevé qui sera retenue.

RÉFÉRENCES

- 1 Une copie des résultats doit obligatoirement être envoyée au référent.
- 2 Les délais et priorités proposés sont des cibles d'amélioration à atteindre et ne constituent pas des directives de pratique clinique. Le référent peut toujours communiquer avec le coloscopiste, s'il le juge nécessaire.
- 3 Définition d'hémorragie digestive basse : rectorragie avec instabilité hémodynamique, chute importante d'hémoglobine ou besoin de transfusion sanguine, ou les trois.
- 4 La coloscopie courte (sigmoïdoscopie) est également indiquée comme examen diagnostique.
- 5 Syndrome paranéoplasique.
- 6 Si l'utilisateur rapporte l'apparition de symptômes, il est de la responsabilité du médecin traitant de faire les suivis appropriés et d'en aviser l'unité d'endoscopie digestive où la requête a été adressée.
- 7 Sauf les polypes hyperplasiques < 10 mm présents dans le rectum ou le sigmoïde.
- 8 Parent de 1^{er} degré : père/mère, frère/sœur, enfant.
Parent de 2^e degré : grand-parent, oncle/tante, neveu/nièce.
- 9 Les algorithmes sont accessibles au www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/pqdccr.
- 10 L'examen de dépistage recommandé pour les personnes à risque moyen (50-74 ans, asymptomatiques, sans antécédents familiaux ou personnels de cancer colorectal ou de polypes) est le test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSi). La coloscopie est prescrite à la suite d'un test positif de RSOSi (IN5) pour une confirmation diagnostique.
- 11 Il est inutile de suspendre l'Aspirine, la Persantine ou l'Aggrenox avant la coloscopie.