



DT9283

CONSULTATION EN GASTROENTÉROLOGIE 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 : 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 suivant : spécialiste de garde, accueil clinique, etc.	
Dysphagie œsophagienne (Blocage d'aliments principalement solides immédiatement suite à la déglutition). <i>ne s'applique par pour :</i> <ul style="list-style-type: none"> Globus pharyngé ou (« boule constante dans la gorge »). Dysphagie oro-pharyngée Plénitude post-prandiale (sensation de blocage épigastrique) 	<input type="checkbox"/> Blocage avec restriction à s'alimenter à chaque repas avec une perte de poids secondaire (IPP à débuter dès que possible)	C	Perturbations du bilan hépatique Voir annexe 1 au verso pour le bilan suggéré pour les perturbations du bilan hépatique	<input type="checkbox"/> ALT entre 201-500 UI AVEC atteinte des fonctions hépatiques (Bilirubine ou INR anormaux) <i>(pré requis : persistance des ALT > 200 lors d'un contrôle au moins 7 jours après le premier prélèvement*)</i>	B
	<input type="checkbox"/> Blocage occasionnel chez un patient > 50 ans (IPP à débuter dès que possible)	D		<input type="checkbox"/> ALT entre 201-500 sans atteinte des fonctions hépatiques (Bilirubine ou INR normaux) <i>(Pré requis : persistance des ALT > 200 lors d'un contrôle au moins 7 jours après le premier prélèvement*)</i>	C
	<input type="checkbox"/> Blocage occasionnel chez un patient < 50 ans ET persistant suite à un essai d'IPP pour 2 mois. <i>(pré requis : prise d'IPP 8 semaines)</i>	D		<input type="checkbox"/> ALT entre 91-200, bilirubine et INR normaux <i>(pré requis : persistance des ALT > 91 lors d'un contrôle au moins 30 jours après le premier prélèvement*)</i> L'utilisation du conseil numérique est fortement recommandée	D
<input type="checkbox"/> RGO sévère et avec symptômes résiduels significatifs malgré les IPP double dose ou IPP à action prolongée pour 8 semaines. <i>(pré requis : prise d'IPP 8 semaines*)</i> Une réponse partielle ou une rechute à l'arrêt des IPP ne constituent pas des échecs au traitement.	E	<input type="checkbox"/> ALT entre 40-90 persistant suivi de plus de 6 mois avec anomalie au bilan d'hépatopathie de base <i>(Pré requis : inscrire dans la section autres renseignements les anomalies retrouvées au bilan de base*)</i> L'utilisation du conseil numérique est fortement recommandée	E		
<input type="checkbox"/> Dépistage du Barrett (Homme > 50 ans avec ces 3 critères) <ul style="list-style-type: none"> RGO depuis plus de 10 ans Aucune endoscopie les 10 dernières années Facteurs de risque (caucasien, fumeur, obèse, historique familiale de Barrett ou néoplasie œsophagienne) <i>Pourrait être vu directement en endoscopie</i>	E	Stéatose hépatique ET risque de fibrose/cirrhose Une justification ci-dessous est nécessaire : <input type="checkbox"/> NAFLD fibrosis score > 0,675 Lien web d'un calculateur à l'annexe 2 <input type="checkbox"/> Score FIB-4 > 3,25 Lien web d'un calculateur à l'annexe 2 <input type="checkbox"/> Obésité avec IMC > 40 <input type="checkbox"/> Splénomégalie ou thrombopénie <input type="checkbox"/> Foie bosselé ou dysmorphique à l'imagerie <input type="checkbox"/> Diabète depuis > 10 ans <input type="checkbox"/> Fibroscan > 8 L'utilisation du conseil numérique est fortement recommandée	E		
Dyspepsie sans RGO réfractaire ou persistante après 8 semaines d'IPP. <i>(pré requis : prise d'IPP 8 semaines, recherche et éradication de H Pylori, arrêt des AINS lorsque possible*)</i> Une réponse partielle ou une rechute à l'arrêt des IPP ne constituent pas des échecs au traitement. Durant l'attente, des thérapies de deuxième ligne peuvent être tentées (tricyclique, prokinétique)	<input type="checkbox"/> < 60 ans	E	<input type="checkbox"/> Cirrhose confirmée par imagerie avec Bilirubine totale > 34 ou INR > 1.2 D <input type="checkbox"/> Cirrhose confirmée par imagerie (INR, albumine et bilirubine totale normaux). L'utilisation du conseil numérique est fortement recommandée E <input type="checkbox"/> HbsAg positif avec ALT < 90 UI D <input type="checkbox"/> AntiHCV positif avec ALT < 200 UI D <input type="checkbox"/> Ictère avec bilirubine totale > 60 ou > 40 avec dilatation des voies biliaires à l'échographie <i>(Pré requis : Rapport imagerie médicale)</i> B		
	<input type="checkbox"/> ≥ 60 ans (le symptôme prédominant ne doit pas être le reflux, sinon case RGO à utiliser) sans signaux d'alarmes <i>Pourrait être vu directement en endoscopie</i>	D			
	<input type="checkbox"/> Anomalie à l'imagerie à corrélérer en gastroscopie <i>(Pré requis : résultat de l'imagerie recommandant la corrélation endoscopique)</i> <i>Pourrait être vu directement en endoscopie</i>	D			
Perte de plus de 10% du poids causée par des symptômes digestifs	<input type="checkbox"/> Patient ≥ 60 ans avec dyspepsie et vomissement	C	<input type="checkbox"/> Diarrhée chronique sans anomalie aux prérequis chez un patient ayant < 50 ans <i>(pré requis : anti-ttg, calprotectine fécale, tsh, crp *)</i> <i>Si >50 ans ou calprotectine haute = formulaire AH-702 en endoscopie</i> E		
	<input type="checkbox"/> Patient < 60 ans avec dyspepsie et vomissement	D			
	<input type="checkbox"/> Avec douleur abdominale ou diarrhée <i>(pré requis : CT abdo, anti-ttg, calprotectine fécale, tsh, crp *)</i>	D			
Hématémèse ou méléna <input type="checkbox"/> Avec Hb > 120 <input type="checkbox"/> Avec Hb 100-119 <i>Utilisez les protocoles d'accueil clinique si disponibles. Pourrait être vu directement en endoscopie</i>	D	<input type="checkbox"/> Anomalie à l'imagerie non suspecte au pancréas ou au foie (selon imagerie) mais nécessitant un suivi ou une précision <i>(Pré requis : Rapport imagerie)</i> L'utilisation du conseil numérique est fortement recommandée E			
	C				
<input type="checkbox"/> Anti-transglutaminase positif (non connu coeliaque) <i>Pourrait être vu directement en endoscopie</i>	D	Kyste pancréatique de type TIPMT des canaux secondaires <i>(Pré requis : rapport d'imagerie ou MRCP du pancréas)</i> <input type="checkbox"/> Taille > 20 mm, wirsung dilaté, croissance ou nodule mural <input type="checkbox"/> Taille < 20 mm ou chez un patient de > 75 ans et absence de nodule mural dilatation du wirsung ou croissance. L'utilisation du conseil numérique est fortement recommandée D E			
<input type="checkbox"/> Douleur abdominale chronique <i>(Pré requis : Pour obtenir une meilleure priorité, joindre un rapport d'imagerie anormale et/ou des résultats de laboratoires anormaux)</i> Envisager le conseil numérique	E				
<input type="checkbox"/> Autre raison de consultation non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique <i>(justification OBLIGATOIRE dans la section suivante). Utilisez le conseil numérique si cliniquement indiqué.</i>				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 :					

Remplir le formulaire AH-702 Demande de coloscopie ou Accueil clinique si disponible

Haute suspicion de cancer colorectal basée sur l'imagerie, RSOSi positif (FIT positif), diarrhées chronique/constipation chronique, rectorragie, anémie ferriprive non gynécologique, suspicion de MII, suivi de diverticulite.

Alertes cliniques (liste non exhaustive)

Diriger l'usager à l'urgence

- Hémorragie digestive aiguë : hématomèse, rectorragie ou méléna dont la quantité ou la fréquence entraînent un instabilité cardio-vasculaire ou chez un patient sous anticoagulant qui ne peut être cessé temporairement par le référent.
- Impaction alimentaire ou corps étranger
- Cholangite
- Pancréatite aiguë
- Encéphalopathie hépatique de novo (1^{er} épisode)
- Ascite (1^{er} épisode ou fébrile)
- Hépatite aiguë sévère (ALT > 500)

Utiliser le formulaire de l'Accueil clinique si disponible

Annexe 1 : Bilan suggéré pour les perturbations du bilan hépatique

- Pour tous :
 - Échographie abdominale
 - Bilan hépatique complet : (ALT, AST, phosphatase alcaline, bilirubine, INR)
 - HbsAg, anti-HCV
 - % saturation de la transferrine, ferritine
 - Tsh
- Selon les circonstances et selon disponibilité
 - Bilan lipidique et HbA1C
 - Anticorps anti-transglutaminase
 - ANA, dosage des gammaglobulines (IgA, IgM, IgG)
 - Anticorps anti-mitochondrie (si élévation surtout de la phosphatase alcaline)
 - Anticorps anti-muscle lisse et anti-LKM
 - Céruleplasmine et alpha-1 antitrypsine

Annexe 2 : Liens pour NAFLD fibrosis score et Score FIB-4

NAFLD fibrosis score : <https://www.mdcalc.com/calc/3081/nafl-d-non-alcoholic-fatty-liver-disease-fibrosis-score>

Score FIB-4 : <https://www.cregg.org/commissions/hepatologie/calculateur-score-fibrosis-4-fib-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 : Idem au médecin référent 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	