



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>	
		<input type="checkbox"/> Sans autre cytopénie	<b>C</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"/> Hb ≥ 100 g/L	<b>E</b>		
Polyglobulie	<input type="checkbox"/> Ht > 0,65 ou Hb > 200 g/L contrôlée	<input type="checkbox"/> Ht > 0,10 de + que la normale	<b>E</b>	
			<b>E</b>	
Globules blancs	<input type="checkbox"/> Neutropénie < 0,5 x 10 <sup>9</sup> /L (valeur absolue)		<b>B</b>	
	<input type="checkbox"/> Neutropénie entre 0,5 et 1 x 10 <sup>9</sup> /L (valeur absolue)		<b>D</b>	
	<input type="checkbox"/> Neutropénie entre 1,1 et 1,5 x 10 <sup>9</sup> /L (contrôlée après 3 mois)		<b>E</b>	
	<input type="checkbox"/> G.B. > 20 x 10 <sup>9</sup> /L avec myélocémie <sup>1</sup>		<b>B</b>	
	<input type="checkbox"/> Neutrophilie contrôlée et inexplicquée		<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>	
	<input type="checkbox"/> Lymphocytose de 30 à 100 x 10 <sup>9</sup> /L		<b>C</b>	
	<input type="checkbox"/> Lymphocytose < 30 x 10 <sup>9</sup> /L		<b>D</b>	
Plaquettes	<input type="checkbox"/> 20-49 x 10 <sup>9</sup> /L		<b>B</b>	
	<input type="checkbox"/> 50-74 x 10 <sup>9</sup> /L		<b>D</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>	
Suspicion de néoplasie		Hémostasie		
		Diathèse hémorragique	<input type="checkbox"/> Avec tests anormaux (INR, PTT, fibrinogène ou temps de thrombine)	<b>D</b>
			<input type="checkbox"/> Avec tests normaux	<b>E</b>
		<input type="checkbox"/> Thrombose récidivante ou site non usuel		<b>D</b>
		<input type="checkbox"/> Suspicion de thrombophilie		<b>E</b>
		<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"/> Ganglions augmentés en nombre et en taille <sup>3</sup>		<b>C</b>
		<input type="checkbox"/> Splénomégalie > 15 cm sans cytopénie		<b>C</b>
		<input type="checkbox"/> Lymphome confirmé (Prérequis : rapport de pathologie)		<b>B</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"/> > 15 g/L	<b>C</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>		
Autres		<input type="checkbox"/> Pancytopenie ou bicytopénie (neutros < 1 x 10 <sup>9</sup> /L, plaquettes < 75 x 10 <sup>9</sup> /L, Hb < 85 g/L)		<b>B</b>
		Ferritine augmentée avec HFE <sup>4</sup> positif	<input type="checkbox"/> > 1000 mcg/L	<b>D</b>
			<input type="checkbox"/> < 1000 mcg/L	<b>E</b>
		<input type="checkbox"/> Hématologie obstétricale		<b>C</b>
Référer à la clinique GARE si disponible dans votre région				
<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	
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 <input type="checkbox"/> Prescrit(s)		
Besoins spéciaux :				
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

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

<sup>2</sup> Symptôme B : fièvre inexplicée, 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