



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	Hémostase	Diathèse hémorragique	<input type="checkbox"/> Avec tests anormaux (INR, PTT, fibrinogène ou temps de thrombine)	D
		<input type="checkbox"/> Sans autre cytopénie	C			<input type="checkbox"/> Avec tests normaux	E
	Anémie inexplicquée (Prérequis : bilan martial, B12, créatinine, TSH)	<input type="checkbox"/> Hb entre 85 g/L et 100 g/L	D		<input type="checkbox"/> Thrombose récidivante ou site non usuel	D	
		<input type="checkbox"/> Hb ≥ 100 g/L	E	<input type="checkbox"/> Suspicion de thrombophilie	E		
Polyglobulie	<input type="checkbox"/> Ht > 0,65 ou Hb > 200 g/L contrôlée	C	Suspicion de néoplasie	<input type="checkbox"/> Suspicion de lymphome (ex. : magma ganglionnaire significatif de taille > 5 cm ou symptôme B ²)	B		
	<input type="checkbox"/> Ht > 0,10 de + que la normale	E		<input type="checkbox"/> Ganglions augmentés en nombre et en taille ³	C		
Globules blancs	<input type="checkbox"/> Neutropénie < 0,5 x 10 ⁹ /L (valeur absolue)	B		<input type="checkbox"/> Splénomégalie >15 cm sans cytopénie	C		
	<input type="checkbox"/> Neutropénie entre 0,5 et 1 x 10 ⁹ /L (valeur absolue)	D		<input type="checkbox"/> Lymphome confirmé (Prérequis : rapport de pathologie)	B		
	<input type="checkbox"/> Neutropénie entre 1,1 et 1,5 x 10 ⁹ /L (contrôlée après 3 mois)	E		Pic monoclonal	<input type="checkbox"/> Avec cytopénie (Hb < 100 g/L ou plaquettes < 100 x 10 ⁹ /L ou neutros < 1 x 10 ⁹ /L) ou insuffisance rénale de novo ou hypercalcémie	B	
	<input type="checkbox"/> G.B. > 20 x 10 ⁹ /L avec myélocémie ¹	B			<input type="checkbox"/> > 15 g/L	C	
	<input type="checkbox"/> Neutrophilie contrôlée et inexplicquée	E			<input type="checkbox"/> < 15 g/L sans cytopénie (Hb > 100 g/L et plaquettes > 100 x 10 ⁹ /L et neutros > 1 x 10 ⁹ /L)	E	
	<input type="checkbox"/> Lymphocytose avec cytopénie (Hb < 100 g/L ou plaquettes < 100 x 10 ⁹ /L ou neutros < 1 x 10 ⁹ /L) ou lymphocytose > 100 x 10 ⁹ /L	B		Autres	<input type="checkbox"/> Pancytopénie ou bicytopénie (neutros < 1 x 10 ⁹ /L, plaquettes < 75 x 10 ⁹ /L, Hb < 85 g/L)	B	
	<input type="checkbox"/> Lymphocytose de 30 à 100 x 10 ⁹ /L	C			Ferritine augmentée avec HFE ⁴ positif	<input type="checkbox"/> > 1000 mcg/L	D
<input type="checkbox"/> Lymphocytose < 30 x 10 ⁹ /L	D				<input type="checkbox"/> < 1000 mcg/L	E	
Plaquettes	<input type="checkbox"/> 20-49 x 10 ⁹ /L	B	<input type="checkbox"/> Hématologie obstétricale	C			
	<input type="checkbox"/> 50-74 x 10 ⁹ /L	D	Référer à la clinique GARE si disponible dans votre région				
	<input type="checkbox"/> 75-140 x 10 ⁹ /L contrôlée après 3 mois	E					
	<input type="checkbox"/> 450-699 x 10 ⁹ /L contrôlée et inexplicquée	E					
<input type="checkbox"/> 700-999 x 10 ⁹ /L	C						
<input type="checkbox"/> ≥ 1000 x 10 ⁹ /L	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
---	-------------------

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			
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 :		Référence nominative (si requis)	
<input type="checkbox"/> Idem au médecin référent		<input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille	
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 Myélémie : présence de myélocytes et métamyélocytes au décompte manuel

² Symptôme B : fièvre inexplicée, perte de poids de plus de 10 %, sudations nocturnes

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

⁴ 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