



DT9024

# Demande de consultation RADIO-ONCOLOGIE

**Sections réservées au médecin référent**

<b>Date de la demande de consultation</b>	Année	Mois	Jour

Usager (informations supplémentaires)			
N° de dossier de l'établissement référent	N° de dossier à l'établissement où l'usager est référé (si connu)	N° téléphone en cas d'urgence	Ind. rég.

Informations démographiques supplémentaires (si la carte embossée n'est pas utilisée)					
Nom	Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DDN (année, mois, jour)	N° d'assurance maladie	Expiration
Adresse		Ville	Province	Code postal	
N° téléphone principal	Ind. rég.	Nom et prénom de la mère		Nom et prénom du père	

Référant		
Médecin référent (nom en lettres moulées)	Spécialité	N° de permis
Nom de l'établissement		

<b>Provenance de l'usager :</b>	<input type="checkbox"/> Domicile	<input type="checkbox"/> Transfert (hospitalisé au CH référent)	Unité de soins : _____
	<input type="checkbox"/> Hospitalisé – interne	<input type="checkbox"/> Urgence – interne	
Lors d'un transfert, personne à contacter dans l'établissement référent	Ind. rég.	N° téléphone	N° de poste
			Ind. rég.
			N° télécopieur
Courriel	Code non nominatif (si télécopieur)		
Condition de transport			
<input type="checkbox"/> Ambulant	<input type="checkbox"/> Ambulance	<input type="checkbox"/> Civière	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant
<input type="checkbox"/> Transport adapté	<input type="checkbox"/> Avion	<input type="checkbox"/> Bateau	<input type="checkbox"/> Autre : _____

Médecin de famille de l'usager			
Nom	N° de permis	Ind. rég.	N° téléphone
Adresse			

Motif de la demande de consultation (diagnostic)			Date du diagnostic	
<input type="checkbox"/> Digestif	<input type="checkbox"/> Gynécologie	<input type="checkbox"/> Hématopoïétique	<input type="checkbox"/> Métastases	<input type="checkbox"/> ORL
<input type="checkbox"/> Sarcome	<input type="checkbox"/> Sein	<input type="checkbox"/> Peau	<input type="checkbox"/> Poumon	<input type="checkbox"/> Prostate
<input type="checkbox"/> S.N.C.	<input type="checkbox"/> Urinaire	<input type="checkbox"/> Autre : _____	Année	Mois
Commentaire : _____			Jour	

Allergie (facultatif)		Infection	
<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Pénicilline	<input type="checkbox"/> Iode	<input type="checkbox"/> Latex
<input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> SARM <sup>1+</sup>	<input type="checkbox"/> ERV <sup>2+</sup>	<input type="checkbox"/> Autre : _____

Catégorie de radiothérapie demandée			
<input type="checkbox"/> Seule	<input type="checkbox"/> Combinée avec chimiothérapie	<input type="checkbox"/> Préopératoire	<input type="checkbox"/> Postopératoire – Date de la chirurgie
			Année
			Mois
			Jour

<sup>1</sup> SARM : Infection à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline – <sup>2</sup> ERV : Infection à Entérocoque résistant à la vancomycine

<b>Identification de l'utilisateur</b>	Nom et prénom
--	---------------

Informations complémentaires			
Cardiostimulateur / Défibrillateur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nouvel usager en R-O pour l'établissement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si non, s'agit-il d'un nouveau cancer ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Radiothérapie antérieure : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Établissement		Année
Dossier médical <input type="checkbox"/> Local	Résumé de dossier <input type="checkbox"/> Inclus <input type="checkbox"/> Suivra	<input type="checkbox"/> Apporté lors de la consultation	Films radiologiques <input type="checkbox"/> Locaux <input type="checkbox"/> Inclus <input type="checkbox"/> Suivront <input type="checkbox"/> Apportés lors de la consultation

Référence
Référé : <input type="checkbox"/> Au service <input type="checkbox"/> Au radio-oncologue : Dr _____

Traitement	
<b>Chimiothérapie</b>	<b>Hormonothérapie</b>
<input type="checkbox"/> Néoadjuvant <input type="checkbox"/> Concomitant (radio. et chimio.) <input type="checkbox"/> Adjuvant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date de début	Date de début
Année   Mois   Jour	Année   Mois   Jour
Date de fin	Durée : _____ semaine(s)
Année   Mois   Jour	

Remarques			
<b>Médecin référant</b>	Signature	<b>Date</b>	Année   Mois   Jour

**RÉSERVÉ À L'USAGE DU SERVICE**

Réception de la demande			
Reçu par	Date de réception	Année   Mois   Jour	Mode de réception :
<b>Consultation faite en externe</b>			<b>Date</b>
Lieu	Année   Mois   Jour		

Priorité
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

Radio-oncologue		Date
Signature	N° de permis	Année   Mois   Jour

<b>Accessibilité en radio-oncologie – classification par priorité (CRO<sup>1</sup>)</b>		
<b>Diagnostic ou situation clinique</b>	<b>Priorité</b>	<b>Délais</b>
Compression médullaire Syndrome de la veine cave supérieure Syndrome hémorragique (vessie, col utérin, bronche, etc.) Métastases cérébrales symptomatiques	<b>1</b>	1 jour
Compression bronchique, viscérale ou vasculaire Métastases osseuses douloureuses Métastases cérébrales peu symptomatiques Tout autre radiothérapie palliative antalgique Tumeurs pédiatriques qui requièrent un début de traitement rapide Prévention de la formation osseuse hétérotopique Chéloïde Ptérygion	<b>2</b>	3 jours
Tumeurs pédiatriques Radiothérapie exclusive : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumeurs de la sphère ORL incluant la thyroïde</li> <li>• Tumeurs gynécologiques</li> <li>• Tumeurs pulmonaires</li> </ul> Radiothérapie exclusive ou associée à de la chimiothérapie : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumeurs de l'anus</li> <li>• Tumeurs de la vessie</li> <li>• Tumeurs du pancréas</li> <li>• Tumeurs de l'œsophage</li> <li>• Carcinome pulmonaire à petites cellules</li> </ul> Radiothérapie préopératoire, seule ou combinée à la chimiothérapie, de différents sites (ex. : rectum, sarcome, etc.) Maladie de Hodgkin Lymphomes non hodgkiniens Tumeurs cérébrales (radiothérapie conventionnelle ou stéréotaxique) Les irradiations corporelles totales chez des usagers en préparation de greffe de moelle osseuse Séminomes Cancer du sein inflammatoire	<b>3</b>	14 jours
Radiothérapie postopératoire : cancer du sein, de la prostate, de la sphère ORL, du rectum, gynécologique, sarcome, pancréas, etc. Cancer du poumon sous chimiothérapie Les tumeurs qui nécessitent un traitement systémique (hormonothérapie ou chimiothérapie) avant de débiter leur radiothérapie Radiothérapie exclusive ou postopératoire : tumeurs de la peau Radiothérapie exclusive : tumeurs de la prostate	<b>4</b>	28 jours

<sup>1</sup> CRO : Comité de radio-oncologie – Délais approuvés le 11 février 2004.

Note : La grille de classification par priorité a été révisée par le comité avisier de radio-oncologie le 7 septembre 2004 (ajouts de diagnostics).

Il est à noter que cette liste de diagnostics ou de situations cliniques se veut non exhaustive et sert avant tout de cadre de référence pour la priorisation médicale.