



DT6804



HHDQ

DEMANDE DE CONSULTATION
RADIO-ONCOLOGIE – PRIORITÉ D’ACCÈS

Cochez la priorité pour la consultation (voir verso)			Provenance de l’usager :		<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Hospitalisé		
	Priorité	Orientation et délai	Si urgent, toujours communiquer avec le radio-oncologue de garde 418 525-4444. Le délai de rendez-vous sera déterminé après évaluation par l’équipe de spécialistes.	CHU de Québec-Université Laval	<input type="checkbox"/> Lévis <input type="checkbox"/> St-Georges <input type="checkbox"/> Thetford Mines <input type="checkbox"/> IUCPQ <input type="checkbox"/> Sept-Îles <input type="checkbox"/> Baie-Comeau <input type="checkbox"/> Îles-de-la-Madeleine <input type="checkbox"/> Montmagny <input type="checkbox"/> Autres _____		
<input type="checkbox"/>	Urgent	Vers l’urgence			<input type="checkbox"/> L’HDQ		
<input type="checkbox"/>	A	3 jours ou moins	Date de la demande : _____	<input type="checkbox"/> HEJ			
<input type="checkbox"/>	B	10 jours ou moins		<input type="checkbox"/> HSS			
<input type="checkbox"/>	C	28 jours ou moins		<input type="checkbox"/> HSFA			
<input type="checkbox"/>	D	3 mois ou moins		<input type="checkbox"/> CHUL			
<input type="checkbox"/>	E	6 mois ou moins					
Médecin demandeur :				N° de permis :			
Signature :				Tél. :		Télé. :	
Informations complémentaires				Traitement de chimiothérapie			
Cardiostimulateur/défibrillateur : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui				<input type="checkbox"/> Concomitant (radio et chimio)		Date début	
Radiothérapie antérieure : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui				<input type="checkbox"/> Néo-adjuvant			
Allergies :			Poids : kg		<input type="checkbox"/> Adjuvant		
<input type="checkbox"/> Clientèle pédiatrique				Chirurgie			
Motif de la demande de consultation				Type :		Date :	
Visée : <input type="checkbox"/> Curative		<input type="checkbox"/> Palliative		Bactérie multirésistante		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Type de traitement radiothérapie				Type :			
<input type="checkbox"/> Radiothérapie externe		<input type="checkbox"/> Curiethérapie		Raison de consultation/tableau clinique			
<input type="checkbox"/> Radiochirurgie/Radiothérapie stéréotaxique (SBRT)				Vous pouvez cocher, au verso, la raison de votre consultation ou l’inscrire directement ci-dessous. <p align="center"> FAIRE SUIVRE VOTRE DEMANDE PAR TÉLÉCOPIEUR AU 418 691-3124 </p>			
<input type="checkbox"/> Ne sais pas							
Site tumoral							
<input type="checkbox"/> Digestif haut		<input type="checkbox"/> Gynécologie					
<input type="checkbox"/> Digestif bas		<input type="checkbox"/> Système hématopoïétique					
<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"/> Vessie					
<input type="checkbox"/> Métastases osseuses symptomatiques <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui							
<input type="checkbox"/> Métastases cérébrales				<input type="checkbox"/> Pavillon Carlton-Auger		<input type="checkbox"/> CRCEO	
Nombre : <input type="checkbox"/> 4 lésions ou moins <input type="checkbox"/> 5 lésions ou plus				Date : _____ et heure _____ du rendez-vous.			
<input type="checkbox"/> Autres				aaaa/mm/jj		hh:mm	

Nom :

Prénom :

Dossier :

PRIORITÉ D'ACCÈS - CONSULTATION EN RADIO-ONCOLOGIE - CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL

Priorité	Orientation et délais Définis par le MSSS	Délais visés par le CHU de Québec-Université Laval
Urgent	Vers l'urgence	Communiquer avec le radio-oncologue de garde
A	3 jours ou moins	3 jours ou moins
B	10 jours ou moins	7 jours ouvrables ou moins
C	28 jours ou moins	14 jours ouvrables ou moins
D	3 mois ou moins	n/a
E	6 mois ou moins	n/a

Le délai de rendez-vous sera déterminé après évaluation par l'équipe de radio-oncologie, selon les ressources disponibles.

SVP, COCHEZ VOTRE MOTIF DE CONSULTATION

<input type="checkbox"/> Compression médullaire/syndrome queue de cheval <input type="checkbox"/> Syndrome de la veine cave <input type="checkbox"/> Syndrome hémorragique (vessie, col utérin, bronche, etc.)	URGENT Appelez le radio-oncologue de garde 418 525-4444
<input type="checkbox"/> Compression bronchique, viscérale, vasculaire (non incluses dans la catégorie précédente) <input type="checkbox"/> Métastases osseuses symptomatiques ou douloureuses (non incluses dans la catégorie précédente) <input type="checkbox"/> Métastases cérébrales <input type="checkbox"/> Autres métastases symptomatiques (ex.: saignement non aigu)	PRIORITE A
<input type="checkbox"/> Métastases osseuses non symptomatiques <input type="checkbox"/> Cancer du poumon <input type="checkbox"/> Cancer ORL <input type="checkbox"/> Cancer de l'anus <input type="checkbox"/> Autre cancer digestif non opéré <input type="checkbox"/> Cancer gynécologique non opéré <input type="checkbox"/> Lymphome Hodgkin ou non hodgkin <input type="checkbox"/> Cancer cérébral primaire <input type="checkbox"/> Cancer de la vessie/cancer testiculaire <input type="checkbox"/> Merkel, mélanome <input type="checkbox"/> Irradiation corporelle totale (TBI) <input type="checkbox"/> Sarcome	PRIORITE B
<input type="checkbox"/> Cancer du sein <input type="checkbox"/> Cancer de la prostate <input type="checkbox"/> Cancer gynécologique opéré <input type="checkbox"/> Cancer digestif opéré (excluant anus) <input type="checkbox"/> Cancer de la peau : basocellulaire, spinocellulaire <input type="checkbox"/> Chéloïde, calcifications hétérotiques	PRIORITE C
Autres :	
<input type="checkbox"/> Les priorités D et E sont non applicables puisque tous les usagers ont leur 1 ^{re} consultation dans un délai de 28 jours ou moins	PRIORITE D PRIORITE E