



**DEMANDE DE CONSULTATION MÉDICALE EN VUE
D'UNE ALLOGREFFE DE CPH**

Identification de l'utilisateur:

Nom: _____ Prénom: _____
Date de naissance (aaaa/mm/jj) ____/____/____ RAMQ: _____
Numéro de téléphone 1: _____ Numéro de téléphone 2: _____
Adresse: _____

Identification du médecin référent:

Nom: _____ Prénom: _____
Hôpital: _____ Ville: _____

Identification de la personne contact dans l'établissement de référence:

Nom: _____ Prénom: _____ Titre: _____
Numéro de téléphone: _____ Extension: _____ Télécopieur: _____

Nous recommandons de référer les patients le plus tôt possible pour éviter les délais de prise en charge

L'évaluation du dossier débutera à la réception de tous les documents suivants :

☐ Lettre résumé incluant :

- Les antécédents pertinents
- L'histoire oncologique
- Le détail des chimiothérapies
 - Le détail de chacune des lignes de traitement (chimiothérapie, dose, nombre de cycles, réponse, etc.)
 - Les complications significatives

☐ Les rapports de pathologie depuis le diagnostic initial

☐ Les rapports de biopsie ostéomédullaire, myélogramme, cytométrie de Flux (s'il y a lieu)

☐ Les rapports de cytogénétique, FISH, Biologie moléculaire

☐ Antériorité des résultats de laboratoire pertinents : au diagnostic, à la rechute.

☐ Les rapports d'imagerie réalisées depuis le diagnostic

☐ Les sommaires d'hospitalisation

☐ Rapport de Typage HLA du patient, HLA Fratrie si disponible

☐ Tout autre document pertinent

Nom : Prénom : # Dossier :

Par la présente, je (nom du médecin référent) _____ numéro de pratique _____ certifie que les renseignements ci-hauts sont conformes. Je comprends que l'évaluation rapide et efficace nécessite l'obtention de données médicales et que tout retard dans l'obtention de ces données peut retarder l'évaluation du dossier de l'utilisateur.

Signature du médecin référent: _____ Date (aaaa/mm/jj): _____

Veuillez acheminer les documents par courriel ou par télécopieur

Adresse courriel : coordination.gmo@chudequebec.ca

Télécopieur : 418-649-5588