

BORDEREAU DE PRIORISATION PREMIÈRE VISITE RADIO-ONCOLOGIE

Rendez-vous :

Autres attentes pour cet usager :

- Fermer la/les attentes (encercler 1 2 3 4)
 Fermer la demande actuelle

1. NON CONFORME CLINIQUE

DATE D'IMPRESSION :

- Raison de consultation imprécise

2. IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL

MÉDECINS

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tous les médecins | <input type="checkbox"/> D ^{re} Froment, Marie-Anne | <input type="checkbox"/> D ^{re} Magnan, Sindy | <input type="checkbox"/> Autre _____ |
| <input type="checkbox"/> D ^r Archambault, Jean | <input type="checkbox"/> D ^{re} Gaudreault, Mélanie | <input type="checkbox"/> D ^r Martin, André-Guy | |
| <input type="checkbox"/> D ^{re} Bergeron-Gravel, Samuel | <input type="checkbox"/> D ^{re} Germain, Isabelle | <input type="checkbox"/> D ^{re} Théberge, Valerie | <input type="checkbox"/> Clinique de santé de la femme |
| <input type="checkbox"/> D ^{re} Bernier, Laurence | <input type="checkbox"/> D ^{re} Lavoie, Caroline | <input type="checkbox"/> D ^{re} Thibault, Isabelle | |
| <input type="checkbox"/> D ^{re} Blondeau, Lucie | <input type="checkbox"/> D ^r Leclerc, Mathieu | <input type="checkbox"/> D ^r Vigneault, Eric | |
| <input type="checkbox"/> D ^r Fortin André | <input type="checkbox"/> D ^{re} Lessard, Nathalie | | |
| <input type="checkbox"/> D ^r Foster, William | <input type="checkbox"/> D ^{re} Letourneau, Mélanie | | |

2. SERVICES REQUIS (SIÈGE TUMORAL)

DIGESTIF

- Anus
 Estomac
 Œsophage
 Rectum
 Digestif autre

HÉMATOPOÏÉTIQUE

GYNÉCOLOGIE

- Col utérin
 Endomètre
 Vagin
 Vulve
 Gynécologie autre

MÉTASTASES

- Cérébrale
 Ganglions
 Hépatique
 Osseuse
 Spinale
 Métastase autre

ORL

PEAU

- Chéloïde
 Peau

POUMON

- Poumon
 Prophylaxie crânienne

PROSTATE

SARCOME

SEIN

SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

- Adénome hypophysaire
 Épendymome/
Médulloblastome/
Craniopharyngiome
 Glioblastome
 Méningiome
 Neurinome acoustique
 Neuro-oncologie autre

URINAIRE

- Testicule
 Vessie
 Urologie autre (excluant prostate)

AUTRES

- Calcification hétérotopique
 Maladie de Graves
 Ophtalmologie

()

Nom :

Prénom :

Dossier :

3. RAISON DÉLAI DE CONSULTATION		4. TYPE DE RENDEZ-VOUS	
<input type="checkbox"/> Raison personnelle _____		<input type="checkbox"/> Clientèle pédiatrique (0-17 ans)	
<input type="checkbox"/> Raison médicale _____			
5. PRIORISATION DE LA DEMANDE		6. MODE D'INTERVENTION	
<input type="checkbox"/> PA : -3 JRS*	<input type="checkbox"/> Planifier le rendez-vous de la clinique de la santé de la femme à la dernière semaine de traitement	<input type="checkbox"/> Rendez-vous téléphonique	
<input type="checkbox"/> PB : -10 JOURS*		<input type="checkbox"/> Rendez-vous par visioconférence	
<input type="checkbox"/> PC : -28 JOURS*			
7. PRÉREQUIS POUR LE RENDEZ-VOUS			
<input type="checkbox"/> IRM	Établissement désigné _____		
<input type="checkbox"/> Pathologie	Établissement désigné _____		
<input type="checkbox"/> TDM	Établissement désigné _____		
<input type="checkbox"/> TEP	Établissement désigné _____		
<input type="checkbox"/> AUTRE : _____	Établissement désigné _____		
8. AUTRES CONSIGNES			
<input type="checkbox"/> Coordonner le rendez-vous avec interprète : _____			
<input type="checkbox"/> Planifier rendez-vous après rencontre avec spécialiste : _____			
<input type="checkbox"/> Ajout de l'utilisateur* : Date (aaaa/mm/jj) : _____ Heure (hh:mm) : _____ Usager avisé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
COMMENTAIRES : _____			
Signature : _____ Date (aaaa/mm/jj) : _____			
<u>Veillez télécopier ce bordereau au 418 691-3124 ou le remettre à l'accueil de la radio-oncologie</u>			

()