



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

Identification de l'usager:

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

Diagnostics	Moment pour faire la référence à l'équipe de greffe si autogreffe CPH indiquée
LNH, Hodgkin	Référer à la rechute
LNH T, LNH MANTEAU	Référer après le 1 ^{er} cycle de chimiothérapie
Myélome multiple, Amyloïdose	Référer après le 2 ^e cycle de chimiothérapie
Néoplasie testiculaire	Référer à la rechute

Voir la liste de documents à joindre avec la demande de consultation ci-joint au verso

Nom :

Prénom :

Dossier :

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 flux (si il y a lieu)

Les rapports de cytogénétique, FISH

Les rapports d'imagerie (TDM, TEP scan, Rx, IRM, échographie) réalisés depuis le diagnostic initial

Antériorité des résultats de laboratoire pertinents : au diagnostic, à la rechute, per traitement
(marqueurs tumoraux, bilan myélome par exemple)

Les sommaires d'hospitalisation

Tout autre document pertinent

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'usager

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