



CQ13135



ID

NOM, PRENOM USAGER
RAMQ1234 5678 9012
NOM, PRENOM MÈRE
NOM, PRENOM PÈRE

Inconnu

DEMANDE DE CONSULTATION EN GYNÉCOLOGIE

Consulter les alertes cliniques au verso. Pour les grossesses du premier trimestre, utiliser le formulaire CQ- 11343 « Référence accueil clinique-clinique premier trimestre de grossesse ». Ce formulaire (CQ-11343) ne s'applique pas pour les grossesses au-delà de 14 semaines.										Consultation : ☐ Urgence ☐ Externe	
Raison de consultation Échelle de priorité clinique : A : 3 jours ou moins B : 10 jours ou moins C : 28 jours ou moins D : 3 mois ou moins E : 12 mois ou moins											
Saignements utérins anormaux (SUA)	☐ Post-ménopausiques				C	Polypes et épaississement de l'endomètre	Polypes de l'endomètre		☐ Post-ménopausiques sans SUA		D
	Pré-ménopausiques (Prérequis : Hb, β -HCG et rapport d'échographie pelvienne)				C		☐ Épaississement de l'endomètre > 11 mm post-ménopausique (Prérequis : joindre rapport échographie endovaginale)		☐ Pré-ménopausiques		E
					D						D
Fibromes	☐ Hb : de moins de 80 g/L				C	Vulvo-vaginal	☐ Polype du col avec cytologie normale				E
	☐ Hb : 80 à 120 g/L				D		☐ Pathologies vulvaires/vaginales bénignes				E
Fibromes	☐ Hb : de plus de 120 g/L				E	Autres	☐ Vulvo-vaginites récidivantes et réfractaires				E
	☐ Fibromes asymptomatiques et Hb normale (Prérequis : joindre rapport d'échographie pelvienne)				E		☐ Dyspareunie ou vaginisme				E
Masse ansexuelle	Post-ménopausique (Prérequis : rapport d'échographie pelvienne et Ca-125)				C	Autres	☐ Contraception complexe, ligature tubaire				E
	☐ Complexe ¹						☐ Retrait et stérilet ou insertion de stérilet				E
	☐ Simple				D		☐ Infertilité ²				E
Masse ansexuelle	Pré-ménopausique masse persistante de moins de 3 cm (Prérequis : 2 rapports d'échographie pelvienne à 2 mois ou plus d'intervalle)				C	Autres	☐ Aménorrhée secondaire de plus de 6 mois (Prérequis : TSH, PRL, LH, FSH, β -HCG)				D
	☐ Complexe ¹				D		☐ Retrait ou insertion Nexplanon				D
Masse ansexuelle	☐ Simple				B	Autres	☐ Ménopause complexe (Prérequis : justifier le besoin)				E
	☐ Avec ascite ou carcinomatose péritonéale (Prérequis : joindre rapport d'imagerie)				B		☐ Prolapsus génital symptomatique ³				E
Néoplasie	Cytologie anormale ou lésion du col visuellement suspecte Référer directement au Centre de colposcopie de votre territoire				C	Autres	☐ Endométriose suspectée ou douleur pelvienne chronique (de plus de 6 mois) (Prérequis : rapport d'échographie pelvienne)				E
	☐ Lésion vulvaire ou vaginale suspecte				B		☐ Abcès vulvaire ou Bartholinite(communiquer avec le médecin de garde pour la priorisation)				-
Néoplasie	☐ Néoplasie de l'endomètre confirmée (Prérequis : joindre rapport de pathologie) Référer à la gynéco-onco. via le numéro de fax : 418-691-5720				E	Autres	☐ PID compliqué (Prérequis PID : FSC ou prot C réactive/seulement pour PID ou PCR gonochlam) (communiquer avec le médecin de garde pour la priorisation)				-
	☐ Incontinence urinaire avec ou sans prolapsus				E						-
Uro-tertiaire	☐ Échec de chirurgie précédente pour prolapsus				E	Autres					-
					E						-
Autre (utiliser cette section pour modifier une priorité ou pour toute autre raison de consultation et justifier) :										Priorité clinique	
Renseignements cliniques pertinents (Joindre rapports, médication, etc.)											
Cas discuté avec Dr(e) :						Délai : accepté					
Besoins spéciaux ⁴ :											
Identification du médecin référent et du point de service										Estampe	
Nom du médecin référent										N° de permis	
Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste	Ind. rég.	N° de télécopieur							
Nom du point de service											
Signature										Date (année, mois, jour)	

(2026-05-07)

**CONSULTATION EN GYNÉCOLOGIE
ADULTE**

Dossier de l'utilisateur
D.I.C. : 3-4-4
Page 1 de 2

Nom : NOM

Prénom : PRENOM USAGER

Dossier :

Complétion du formulaire	
Ce formulaire s'adresse à une clientèle de 18 ans et plus.	
Identification de l'utilisateur	Inscrire le numéro de téléphone qui permettra de confirmer le rendez-vous (RV).
Raison de consultation	- Cocher la raison de consultation. - Sinon inscrire la raison de consultation non prévue au formulaire dans la case « Autre » et préciser la priorité clinique.
Priorité clinique	Justifier toute priorité clinique modifiée ou toute autre raison de consultation. <i>Permet de connaître le délai maximal pour réaliser la consultation. Délai calculé en jours calendrier (inclus jours fériés et fins de semaine). Vous serez informé de toute priorité ne pouvant être respectée.</i>
Renseignements cliniques pertinents	- Inscrire toutes les informations justifiant la priorité clinique ou sa modification. - Acheminer tous les prérequis (rapports ou analyses) nécessaires pour la consultation. - Joindre la liste de médicaments. - Besoins spéciaux : Inscrire les besoins particuliers tels que : interprète, déplacement en fauteuil roulant ou autre.
Identification du médecin référent et du point de service	Remplir cette section afin que le rapport de consultation vous soit acheminé au bon point de service.
Référence nominative	Il est possible que le délai ne soit pas respecté si le médecin demandé n'est pas disponible. Nous communiquerons alors avec vous afin de convenir d'une solution alternative.
Formulaire	- Acheminer par télécopieur le formulaire 418-577-4686 - Ne pas remettre de copie du formulaire à l'utilisateur.
Légende ¹ Description masse annexielle complexe : hétérogène, zone solide, avec septa ² Définition de l'infertilité : - Infertilité de 1 an ou plus AVEC cycles réguliers ET âgée de moins de 35 ans - Infertilité de 6 mois ou plus AVEC cycles irréguliers OU âgée de 35 ans ou plus - Spermogramme anormal 3 avortements spontanés ou plus ³ Prolapsus génital symptomatique : cystocèle, rectocèle, prolapsus utérin ou évaluation de pessaire ⁴ Inscrire l'indice de masse corporelle si plus grand que 35 kg/m ² , si mobilité réduite, besoin d'interprète, etc.	
Alertes cliniques (liste non exhaustive)	
Diriger l'utilisateur vers l'urgence	
- Grossesse ectopique soupçonnée ou confirmée - Ménorragie aiguë importante - Hyperemesis gravidarum avec déshydratation - Abcès de la glande de Bartholin, douleur aiguë, torsion - Infection pelvienne aiguë avec ou sans abcès - Prolapsus génital complet en rétention urinaire - Avortement avec saignement actif important ou fièvre Saignement du 1^{er} trimestre ou orienter la femme vers la clinique du premier trimestre, utilisez le formulaire CQ- 11343 « Référence accueil clinique-clinique premier trimestre de grossesse »	
Les services suivants doivent être orientés en 1^{re} ligne et non vers le service de gynécologie	
Visite gynécologique de santé préventive, incluant : - Examen annuel/cytologie cervico-vaginale (PAP test)/dépistage ITSS - Hyperemesis gravidarum avec déshydratation - Ménopause - Contraception	
N.B. Les maladies du sein ne sont pas prises en charge par la gynécologie S'assurer que tout document pertinent est envoyé avec la demande <u>Toute priorité A doit être discuté préalablement avec le médecin de garde</u>	