



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"/> L’HDQ <input type="checkbox"/> HEJ <input type="checkbox"/> HSS <input type="checkbox"/> HSFA <input type="checkbox"/> CHUL	<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		Date de la demande :	
<input type="checkbox"/>	A	3 jours ou moins	_____		
<input type="checkbox"/>	B	10 jours ou moins			
<input type="checkbox"/>	C	28 jours ou moins			
<input type="checkbox"/>	D	3 mois ou moins			
<input type="checkbox"/>	E	6 mois ou moins			
Médecin demandeur :				N° de permis :	
Signature :			Tél. :	Télééc. :	
Informations complémentaires			Traitement de chimiothérapie		
Cardiostimulateur/défibrillateur : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			<input type="checkbox"/> Concomitant (radio et chimio)	Date début	Date fin
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. FAIRE SUIVRE VOTRE DEMANDE PAR TÉLÉCOPIEUR AU 418 691-3124		
<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