

GUICHET D'ENDOSCOPIE GASTROINTESTINALE CHAMPLAIN

Référence de coloscopie liée au dépistage du cancer du côlon

Veillez télécopier le formulaire rempli à : 1(855) 702-1967

Note : pour le moment, l'admission centrale n'acceptera PAS les références pour l'investigation de symptômes ou de résultats anormaux autres que le TIF

INFORMATION DU PATIENT		
Prénom :	Nom de Famille :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Autre
Adresse :	Ville :	Code Postale :
Date de naissance (aaaa/mm/jj) :	Langage principal : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	Numéro de Carte Santé de l'Ontario
Problème de mobilité : <input type="checkbox"/> Besoin d'une chaise roulante <input type="checkbox"/> Besoin d'un levier pour le transfert	<input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Interprète requis	
Numéro de téléphone préféré :	Courriel :	Communication Préférée : <input type="checkbox"/> Appel <input type="checkbox"/> Courriel

Consentement : patient capable de donner son consentement Oui Non

Si non, décideur suppléant/gardien public ou curateur : Nom _____ # Téléphone _____

INDICATION POUR LA COLOSCOPIE	Veillez sélectionner une indication et cocher les cases appropriées ci-dessous
<input type="checkbox"/> TIF anormal	Date du TIF anormal : _____ VEUILLER JOINDRE LE RAPPORT
<input type="checkbox"/> Dépistage	Raison pour le dépistage : <input type="checkbox"/> Parent au premier degré atteint de cancer colorectal Lien avec le (s) relatif(s) au premier degré : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Sœur <input type="checkbox"/> Autre Age (s)du/des parents au premier degré au moment du diagnostic : _____ <input type="checkbox"/> Syndrome de cancer héréditaire (Spécifier _____) <input type="checkbox"/> Polypes à un stade avance (pièces justificatives) avant l'âge de 60 ans chez un parent du premier degré
<input type="checkbox"/> Surveillance	Raison pour la Surveillance : <input type="checkbox"/> Antécédents de polypes colorectaux (date de la coloscopie antérieure _____) <input type="checkbox"/> Antécédents de cancer colorectal (date de la chirurgie du cancer _____) <input type="checkbox"/> Antécédents de maladie inflammatoire de l'intestin (MII) d'une durée d'au moins 8 ans (Année du diagnostic _____) o Colite ulcéreuse o Maladie de Crohn

ANTÉCÉDENTS PERTINENTS AU TRIAGE

Antécédents médicaux importants : (PROFIL CUMULATIF DU PATIENT DOIT ÊTRE INCLUS)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aucun | <input type="checkbox"/> Défibrillateur interne | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| <input type="checkbox"/> Anticoagulants | <input type="checkbox"/> Stimulateur cardiaque | |
| <input type="checkbox"/> Agent antiplaquettaire autre qu'aspirine | <input type="checkbox"/> Apnée du sommeil obstructive sévèresous CPAP | |
| <input type="checkbox"/> IMC supérieur à 50 | <input type="checkbox"/> Diabétiques sous insuline ou médicaments | |

PROCÉDURES ANTÉRIEURES PERTINENTES

<input type="checkbox"/> Coloscopie	Le patient est-il actuellement surveillé par un autre spécialiste pour ce problème ou tout autre problème gastro-intestinal : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je l'ignore
<input type="checkbox"/> Sigmoidoscopie	
<input type="checkbox"/> Rapport de coloscopie et résultats de pathologie ci-joints VEUILLEZ JOINDRE LES RAPPORTS DE COLOSCOPIE ET DE PATHOLOGIE ANTÉRIEURS (OBLIGATOIRE)	
SI RAPPORTS NON DISPONIBLES, VEUILLEZ INDIQUER L'ANNÉE DE LA COLOSCOPIE PRÉCÉDENTE AINSI QUE LE NOM DE L'ENDOSCOPISTE/ÉTABLISSEMENT Année _____ Nom de l'endoscopiste _____ Établissement _____	

OPTIONS DE DEMANDE DE CONSULTATION

Premier rendez-vous disponible/médecin Médecin préféré : _____ Hôpital préféré : _____

MÉDECIN RÉFÉRENT/INFIRMIÈRE PRATICIENNE

Nom :	Numéro CPSO :	Numéro de facturation :
Téléphone :	Télécopie :	
Signature :	Date :	