

### 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
<b>Consentement :</b> patient capable de donner son consentement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 : _____	<b>VEUILLEZ JOINDRE LE RAPPORT</b>	
<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 avancé (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	
<b>Antécédents médicaux importants : (PROFIL CUMULATIF DU PATIENT DOIT ÊTRE INCLUS)</b>	
<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Anticoagulants <input type="checkbox"/> Agent antiplaquettaire autre qu'aspirine <input type="checkbox"/> IMC supérieur à 50	<input type="checkbox"/> Défibrillateur interne <input type="checkbox"/> Stimulateur cardiaque <input type="checkbox"/> Apnée du sommeil obstructive sévère sous CPAP <input type="checkbox"/> Diabétiques sous insuline ou médicaments <input type="checkbox"/> Autre : _____

PROCÉDURES ANTÉRIEURES PERTINENTES	
<input type="checkbox"/> Coloscopie  <input type="checkbox"/> Sigmoidoscopie	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"/> Rapport de coloscopie et résultats de pathologie ci-joints <b>VEUILLEZ JOINDRE LES RAPPORTS DE COLOSCOPIE ET DE PATHOLOGIE ANTÉRIEURS (OBLIGATOIRE)</b>  <b>SI RAPPORTS NON DISPONIBLES, VEUILLEZ INDIQUER L'ANNÉE DE LA COLOSCOPIE PRÉCÉDENTE AINSI QUE LE NOM DE L'ENDOSCOPISTE/ETABLISSEMENT</b> Année _____ Nom de l'endoscopiste _____ Établissement _____

OPTIONS DE DEMANDE DE CONSULTATION	
<input type="checkbox"/> Premier rendez-vous disponible/médecin <input type="checkbox"/> Médecin préféré : _____ <input type="checkbox"/> Hôpital préféré : _____	

MÉDECIN RÉFÉRENT/INFIRMIÈRE PRATICIENNE		
Nom :	Numéro CPSO :	Numéro de facturation :
Téléphone :	Télécopie :	
Signature :	Date :	