



DEMANDE DE COLOSCOPIE LONGUE

Provenance de la demande														
<input type="checkbox"/> CSSS <input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/> Clinique Préciser le nom:														
Ind. Rég.		No de téléphone		No de poste										
Ind. Rég.		No de télécopieur												
Consultation demandée par: <input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Autre médecin référent														
Nom		Ind. Rég.		No de téléphone										
Signature du médecin			No de permis		Date (aa-mm-jj)									
Copie des résultats ¹ <input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Autre référent <input type="checkbox"/> Autres médecins particuliers														
Indiquer les noms et adresses:														
Télécopier à:														
Ind. Rég.		No de télécopieur		Nom de l'unité d'endoscopie										
450		654-9093		Hôpital Pierre Le-Gardeur										
Nom du médecin traitant, s'il y a lieu:														
Indication de la coloscopie (Lorsqu'indiqué, veuillez joindre les résultats pertinents à cette demande)														
A - Si présence des symptômes suivants ou si résultats anormaux					Niveau de priorité ²									
IN1	<input type="checkbox"/> Hémorragie digestive basse (diriger vers l'urgence immédiatement) ³				P1	Immédiat ≤ 24 h								
IN2	<input type="checkbox"/> Haut indice de suspicion de cancer basé sur l'imagerie, l'endoscopie ou l'examen clinique (joindre rapports et autres résultats)				P2	Urgent ≤ 14 jours								
IN5	<input type="checkbox"/> Test immuno chimique de recherche de sang occulte dans les selles positif (RSOSI +) (joindre résultat)	IN7	<input type="checkbox"/> Modification récente des habitudes intestinales	IN3	<input type="checkbox"/> Éléments cliniques suggérant une maladie inflammatoire de l'intestin active (MII)	IN17	<input type="checkbox"/> Polypes visualisés par imagerie médicale (joindre rapport d'imagerie)	P3	Semi-électif ≤ 60 jours					
IN4	<input type="checkbox"/> Rectorragie (saignement anorectal avec ou sans hémorroïdes) ≥ 40 ans	IN8	<input type="checkbox"/> Suspicion de cancer colorectal occulte ⁵	IN6	<input type="checkbox"/> Anémie tempore documentée non expliquée (joindre FSC et bilan martial)	IN19	<input type="checkbox"/> Préparation colique inadéquate - colonoscopie à refaire	IN10	<input type="checkbox"/> Rectorragie (saignement anorectal avec ou sans hémorroïdes) < 40 ans ⁴	IN12	<input type="checkbox"/> Constipation chronique <input type="checkbox"/> Diarrhée chronique Préciser investigations préalables	P4	Électif ≤ 6 mois	
B - Dépistage du cancer colorectal pour les personnes ayant des antécédents familiaux significatifs ⁶														
IN8	Antécédents familiaux de cancer colorectal, de polypes ou d'adénomes avancés, préciser: <input type="checkbox"/> 1 parent du 1 ^{er} degré ⁷ , diagnostiqué avant l'âge de 60 ans <input type="checkbox"/> 2 parents du 1 ^{er} degré, peu importe l'âge lors du diagnostic <input type="checkbox"/> 1 parent du 1 ^{er} degré et 1 parent du 2 ^e degré ⁸ du même côté de la famille, peu importe l'âge lors du diagnostic				P4	Électif ≤ 6 mois 1 ^{ère} coloscopie Voir les algorithmes ⁹ pour le suivi approprié selon la condition								
C - Dépistage du cancer colorectal pour les personnes à risque moyen sans antécédents personnels ou familiaux significatifs														
IN11	<input type="checkbox"/> Après discussion avec l'usager, le médecin référent choisit plutôt de prescrire la coloscopie malgré la disponibilité du test de RSOSI et sa pertinence comme examen de dépistage du cancer colorectal ⁹ . Demier résultat négatif de RSOSI: _____ Date: _____ Rappel: Si le test RSOSI est négatif, il devrait être répété aux deux ans.				P5	Toutes les autres indications de coloscopie doivent être prioritaires avant de programmer des coloscopies de dépistage								
D - Surveillance (contrôle) - Si coloscopie(s) antérieure(s), mais absence de symptômes														
Antécédents personnels		Antécédents familiaux		Dernière coloscopie										
IN14	<input type="checkbox"/> Cancer colorectal	IN21	<input type="checkbox"/> Surveillance d'antécédents familiaux significatifs	Date: _____	Lieu: _____									
IN13	<input type="checkbox"/> Polypes adénomateux	IN15	<input type="checkbox"/> Surveillance MII (8-10 ans / après le début des	N.B. Personne à risque moyen ayant eu une coloscopie antérieure normale, prescrire RSOSI après 10 ans										
IN15	<input type="checkbox"/> Surveillance MII (8-10 ans / après le début des													
E - Renseignements complémentaires pertinents														
Médication	Anticoagulants: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Médicament: _____		Indication: _____									
	Antiplaquetaires: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Médicament: _____		Indication: _____									
	Protocole d'anticoagulation: _____		Recommandation: _____											
Autres	AINS: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Médicament: _____		Indication: _____									
	MPOC oxygénéodépendant: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Diabète traité par: Insuline: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Hypoglycémiant oraux: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non											
	Apnée du sommeil avec appareil: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Insuffisance cardiaque sévère classe 4: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Insuffisance rénale: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non											
	Stimulateur cardiaque: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Problèmes de compréhension: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Problèmes de mobilité: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non											
Défibrillateur cardiaque: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non														
Informations complémentaires:														

Si plus d'une indication est inscrite au formulaire de demande de coloscopie, l'indication avec le niveau de priorité le plus élevé sera retenue pour la coloscopie.

RÉFÉRENCES

- 1 Une copie des résultats doit obligatoirement être envoyée au médecin référent.
- 2 Les délais et priorités proposés sont des cibles d'amélioration à atteindre et ne constituent pas des directives de pratique clinique. Le médecin référent peut toujours communiquer avec le coloscopiste, si jugé nécessaire.
- 3 Définition d'hémorragie digestive basse : rectorragie avec instabilité hémodynamique, chute importante d'hémoglobine et/ou besoin de transfusion sanguine.
- 4 La coloscopie courte (sigmoïdoscopie) est également indiquée comme examen diagnostique.
- 5 Syndrome paranéoplasique.
- 6 Si l'utilisateur rapporte l'apparition de symptômes, il est de la responsabilité du médecin référent de faire les suivis appropriés et d'en aviser l'unité d'endoscopie digestive où la requête a été adressée.
- 7 Parent de 1^{er} degré : père/mère, frère/sœur, enfant.
Parent de 2^e degré : grands-parents, oncle/tante, neveu/niece.
- 8 Les algorithmes sont accessibles au www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/pqdccr
<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/pqdccr>
- 9 L'examen de dépistage recommandé pour les personnes à risque moyen (50-74 ans, asymptomatiques, sans antécédents familiaux ou personnels de cancer colorectal ou de polypes adénomateux) est le test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSI). La coloscopie est prescrite en confirmation diagnostique d'un test positif de RSOSI (IN5).
- 10 Il est inutile de suspendre Aspirine, Persantine ou Aggrenox avant la coloscopie.