



DEMANDE DE GASTROSCOPIE (Endoscopie)

Provenance de la demande

CISSS CH CHSLD CLSC CLINIQUE

Préciser le nom :

No de téléphone No de poste No de télécopieur

Consultation demandée par médecin traitant autre médecin référent

Nom :

No de téléphone

No de permis

Signature du médecin

Date (aa-mm-jj)

Copie des résultats au médecin traitant autre médecin référent autres médecins particuliers

Indiquer les noms et adresses :

Télécopier au 450-654-9093

Endoscopie, CISSS, hôpital Pierre Le-Gardeur

Nom du médecin traitant, s'il y a lieu :

Indication de la gastroscopie

Niveau de priorité*

G1	<input type="checkbox"/> Hémorragie digestive haute - Diriger vers l'urgence immédiatement	P1	Immédiat ≤ 24 hrs		
G2	<input type="checkbox"/> Impaction de corps étranger œsophagien - Diriger vers l'urgence immédiatement				
G3	<input type="checkbox"/> Haut indice de suspicion de cancer basé sur l'imagerie ou l'examen clinique (joindre rapports et autres résultats)	P2	Urgent ≤ 14 jours		
G4	<input type="checkbox"/> Dysphagie sévère ou rapidement progressive et/ou odynophagie				
G5	<input type="checkbox"/> Dysphagie stable (non sévère)	P3	Semi-électif ≤ 60 jours		
G6	<input type="checkbox"/> Confirmation du diagnostic de maladie cœliaque (anti-transglutaminases positifs)				
G7	<input type="checkbox"/> Anomalie à la gorgée barytée sauf suspicion de cancer				
G8	<input type="checkbox"/> Dyspepsie mal contrôlée	P4	Électif ≤ 6 mois		
G9	<input type="checkbox"/> Reflux gastro-œsophagiens mal contrôlés				
G10	<input type="checkbox"/> Reflux gastro-œsophagiens chroniques (dépistage chez les patients de plus de 45 ans)				
Antécédents personnels (surveillance) :			C	CONTRÔLE Date cible d'examen (aa-mm-jj)	
G11	<input type="checkbox"/> Œsophage de Barrett	Date de la dernière gastroscopie ▶			(aa-mm-jj)
G12	<input type="checkbox"/> Varices œsophagiennes				
G13	<input type="checkbox"/> Ulcère gastrique				
G14	<input type="checkbox"/> Autres :			Réservé à l'endoscopie	

Renseignements complémentaires pertinents

Médication	Anticoagulants : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Médicament :	Indications :
	Antiplaquettaires : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Médicament :	Indications :
	Protocole d'anticoagulothérapie / antiplaquettaires – Recommandations en vue de l'examen :		
Autres	AINS ¹⁰ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Médicament :	Indications :
	MPOC oxygénéodépendant : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Diabète traité 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	Défibrillateur cardiaque : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Problèmes de mobilité : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

*N.B. Les délais et priorités proposés sont des cibles d'amélioration à atteindre et ne constituent pas des directives de pratiques cliniques.

Autres commentaires :