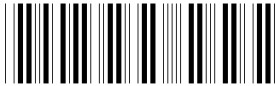


* I C M 3 0 0 *

DEMANDE DE CONSULTATION ET D'ENDOSCOPIE EN PROVENANCE DE L'INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL

Les demandes de consultation complétées doivent être envoyées par télécopieur au service de gastroentérologie de HMR au **514-252-3885**.
Si la demande est urgente vous devez contacter directement le gastroentérologue ou l'intensiviste si l'usager est aux soins intensifs.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX ET CLINIQUES	
Provenance du patient :	
PCI STATUT INFECTIEUX	
<input type="checkbox"/> ERV	<input type="checkbox"/> C. Difficile
<input type="checkbox"/> SARM	<input type="checkbox"/> BGNPC
	<input type="checkbox"/> Influenza
	<input type="checkbox"/> Autre : _____
Raison de l'admission à l'ICM :	
<input type="checkbox"/> Soins intensifs (appel direct à l'intensiviste de HMR)	
<input type="checkbox"/> Étage _____	Chambre _____ Poste _____
<input type="checkbox"/> Urgence _____	Poste _____
COORDONNÉES DU MÉDECIN REQUÉRANT	
Nom du médecin requérant : _____ Numéro de pratique : _____	
RAISON DE LA CONSULTATION EN GASTROENTÉROLOGIE	
<input type="checkbox"/> Hémorragie digestive haute	<input type="checkbox"/> Douleur thoracique non-coronarienne
<input type="checkbox"/> Hémorragie digestive basse	<input type="checkbox"/> Corps étranger
<input type="checkbox"/> Anémie par spoliation	<input type="checkbox"/> Cholangite
<input type="checkbox"/> Dépistage pré-greffe cadiaque	
<input type="checkbox"/> Autre : spécifier _____	
EXAMEN DEMANDÉ	
<input type="checkbox"/> OGD	
<input type="checkbox"/> Coloscopie totale	
<input type="checkbox"/> Autre : _____	
Délai souhaité : _____	
ANTÉCÉDENTS ET CONDITIONS DU PATIENT	
Antécédents : _____	
Conditions médicales actuelles : _____	
<input type="checkbox"/> Tableau d'occlusion intestinale	<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale
<input type="checkbox"/> Dyspnée au repos	<input type="checkbox"/> O ₂ au repos
<input type="checkbox"/> Apnée du sommeil avec appareil nocturne	<input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque
	<input type="checkbox"/> Angine instable
Médicaments : (annexer la liste) _____	



* I C M 3 0 0 *

**DEMANDE DE CONSULTATION ET D'ENDOSCOPIE
EN PROVENANCE DE L'INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL**

ANTÉCÉDENTS ET CONDITIONS DU PATIENT (SUITE)

1. Instable : **Oui** **Non**
(**SI OUI**; contacter **514-252-3400 (4558)** et demander le gastroentérologue de garde **OU** si l'utilisateur est aux soins intensifs demander l'intensiviste aux soins intensifs.

2. Anticoagulé : **Oui** **Non** **Cessé le** _____

SI OUI; compléter

Pradaxa^{MD} (à cesser 2 à 5 jours avant selon fonction rénale) _____

Eliquis^{MD} / Xarelto^{MD} / Lixiana^{MD} (à cesser 2 jours avant) _____

Coumadin^{MD} (à cesser 5 jours avant) _____

Héparine IV (à cesser 6 heures avant) _____

Plavix^{MD} (à cesser 5 jours avant si possible)
Aspirine^{MD} (ne pas cesser) _____

Autre : _____

**Tout usager anticoagulé devra avoir un INR du jour*

3. Diabétique **Oui** **Non**

**Tout usager diabétique sous insuline devra être sous un protocole d'insuline SC ou IV débuté à l'ICM*

4. Besoin d'antibiotique pré-endoscopie **Oui** **Non**

SI OUI; à donner à l'ICM en pré-technique)

5. Technique d'isolement **Oui** **Non**

SI OUI; spécifier : _____

** Pour la préparation colique, ne pas donner de préparation purgative dans un contexte d'occlusion intestinale.*

*** Si le patient est porteur d'un pacemaker ou d'un défibrillateur : Acheminer une copie de la carte*

Signature du médecin requérant : _____ Date : _____

À COMPLÉTER PAR LE GASTROENTÉROLOGUE DE L'HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT

Demande triée par : _____ md gastroentérologue, le _____

Examen recommandé : OGD

Coloscopie

Autre : _____ Date de l'examen : _____

P1 P2 P3 P4 Externe Fast-Track

Préparation colique envoyée : _____ Fax envoyé le : _____

Signature du médecin : _____ Date : _____