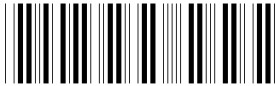


\* I C M 3 0 0 \*

## 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	
<b>Provenance du patient :</b> _____	
<b>PCI STATUT INFECTIEUX</b>	
<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 : _____
<b>Raison de l'admission à l'ICM :</b> _____	
<input type="checkbox"/> Soins intensifs (appel direct à l'intensiviste de HMR)	
<input type="checkbox"/> Étage _____	Chambre _____ Poste _____
<input type="checkbox"/> Urgence _____	Poste _____
<b>COORDONNÉES DU MÉDECIN REQUÉRANT</b>	
Nom du médecin requérant : _____ Numéro de pratique : _____	
<b>RAISON DE LA CONSULTATION EN GASTROENTÉROLOGIE</b>	
<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 _____	
<b>EXAMEN DEMANDÉ</b>	
<input type="checkbox"/> OGD	
<input type="checkbox"/> Coloscopie totale	
<input type="checkbox"/> Autre : _____	
Délai souhaité : _____	
<b>ANTÉCÉDENTS ET CONDITIONS DU PATIENT</b>	
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 <sub>2</sub> au repos
<input type="checkbox"/> Apnée du sommeil avec appareil nocturne	<input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque
	<input type="checkbox"/> Angine instable
<b>Médicaments :</b> (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<sup>MD</sup> (à cesser 2 à 5 jours avant selon fonction rénale) \_\_\_\_\_

Eliquis<sup>MD</sup> / Xarelto<sup>MD</sup> / Lixiana<sup>MD</sup> (à cesser 2 jours avant) \_\_\_\_\_

Coumadin<sup>MD</sup> (à cesser 5 jours avant) \_\_\_\_\_

Héparine IV (à cesser 6 heures avant) \_\_\_\_\_

Plavix<sup>MD</sup> (à cesser 5 jours avant si possible)  
Aspirine<sup>MD</sup> (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 : \_\_\_\_\_