



CP5864

DEMANDE DE RÉFÉRENCE CHIRURGIE THORACIQUE - ONCOLOGIE PULMONAIRE

***Pour un avis préliminaire en prévision d'une chirurgie, contacter directement le chirurgien de garde.**

PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ DU CENTRE RÉFÉRENT

Nom : _____ Titre : _____
Téléphone : _____ Courriel : _____

HISTOIRE ET CONDITION DE L'USAGER

Allergie : aucune produit de contraste iodé latex autre : _____

Diabète : non type 1 type 2

Précautions additionnelles : non oui : _____

Acheminer : la demande de consultation et le résumé de dossier
 les consultations médicales (cardiologie, médecine interne, etc.)
 l'évaluation initiale de l'usager de l'infirmière
 le dernier profil pharmacologique

EXAMENS RÉALISÉS OU PLANIFIÉS ≤ 2 MOIS AVANT LA CONSULTATION

*** Acheminer les résultats**

- TCA, INR FSC Ions Urée, créatinine Glycémie ALT, AST, LD, CK
 ECG Radiographie pulmonaire
 Bronchoscopie (arbre bronchique +/- pathologie) Date : _____
 Pathologie (BTAA, EBUS, etc.), si disponible Date : _____
 Taco thorax avec contraste Date : _____
 TEP Date : _____
 Imagerie cérébrale : - stade 1 : aucune imagerie si absence de symptôme
- stade 2 : TDM cérébrale avec contraste
- stade 3 : Pancoast - pneumonectomie - IRM cérébrale
 Bilan de base Date : _____ Épreuve d'effort (Jones) si VEMS ou DLCO plus petit que 80 %
 Évaluation cardiaque (tapis roulant ou mibi persantin ou écho dobu ou écho standard) si :
- calcification coronarienne (visualisée au TDM)
- pneumonectomie possible
- antécédent de MCAS
- antécédent d'AVC, ICT ou MVAS
 Scintigraphie VQ (si disponible)

IDENTIFICATION DU MÉDECIN RÉFÉRENT ET DU POINT DE SERVICE

Médecin référent : _____ N° de permis : _____

Nom de l'établissement : _____ Téléphone : _____

Signature médicale (ou autorisée) : _____ Date :

Année	Mois	Jour	Heure

Faire parvenir l'ensemble des documents requis au : thoracique.iucpq@ssss.gouv.qc.ca