



INSTITUT UNIVERSITAIRE  
DE CARDIOLOGIE  
ET DE PNEUMOLOGIE  
DE QUÉBEC  
UNIVERSITÉ LAVAL



\*CP4264\*

## DEMANDE DE RÉFÉRENCE CHIRURGIE THORACIQUE MALADIE DE BARRETT (RADIOFRÉQUENCE)

### Histoire et condition de l'utilisateur

Allergie :  Aucune  Produit de contraste iodé : \_\_\_\_\_  
 Latex  Autre : \_\_\_\_\_

Diabète :  Non  Type 1  Type 2

Anticoagulation :  Non  Oui : \_\_\_\_\_

Précautions additionnelles :  Non  Oui : \_\_\_\_\_

**Acheminer :**  Demande de consultation  
 Résumé de dossier  
 Profil pharmacologique

### Examens réalisés (Récents et antérieurs) \*Acheminer les résultats

Gastroskopie Date : \_\_\_\_\_

Toutes les pathologies disponibles Date : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Identification du médecin référent et du point de service

Médecin référent : \_\_\_\_\_ N° de permis : \_\_\_\_\_

Gastroentérologue  Chirurgien  Autre : \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Faire parvenir l'ensemble des documents requis au : [thoracique.iucpq@ssss.gouv.qc.ca](mailto:thoracique.iucpq@ssss.gouv.qc.ca)

Signature

(aaaa/mm/jj)