



INSTITUT UNIVERSITAIRE  
DE CARDIOLOGIE  
ET DE PNEUMOLOGIE  
DE QUÉBEC  
UNIVERSITÉ LAVAL



\*CP8179\*

## DEMANDE DE RÉFÉRENCE GUICHET D'INVESTIGATION THORACIQUE

### CRITÈRES DE RÉFÉRENCE

- Critères d'inclusion :**
- Poumon :**
- Lésion pulmonaire suspecte de  $\geq 8$  mm
  - Suspicion d'atteinte néoplasique pleurale
  - Adénopathie médiastinale ou hilare  $> 10$  mm
  - Récidive d'un cancer pulmonaire thoracique ou extrathoracique
  - Poursuite en externe d'une investigation débutée per-hospitalisation
- Médiastin :**
- Masse médiastinale suspecte

Je confirme que l'utilisateur est  
avisé de cette référence et  
de la raison de celle-ci.

- Critères d'exclusion :**
- Usager hospitalisé (faire une demande de consultation en pneumologie localement)
  - Suivi de nodules ou hémoptysies avec imagerie normale (faire une demande de consultation en pneumologie localement ou via le CRDS)

### HISTOIRE ET CONDITION DE L'USAGER

Renseignements cliniques : \_\_\_\_\_

Une demande de référence a-t-elle été transmise à un autre établissement ?  non  oui, à préciser : \_\_\_\_\_

Vous devez transmettre les documents suivant avec votre demande de référence, si disponibles :

- La demande de consultation
- Résultats d'examens pertinents
- Résumé de dossier **incluant histoire clinique** et contexte psychosocial
- Collectes de données de l'infirmière

### SPÉCIFIER LES EXAMENS RÉALISÉS OU PLANIFIÉS

Référer l'utilisateur dès la suspicion à la RX pulmonaire. Le guichet d'investigation prendra en charge la suite de l'investigation.

Examen	Date	Lieu
<input type="checkbox"/> Radiographie pulmonaire	Année Mois Jour ou <input type="checkbox"/> à venir	
<input type="checkbox"/> TDM thoracique	Année Mois Jour ou <input type="checkbox"/> à venir	
<input type="checkbox"/> TEP	Année Mois Jour ou <input type="checkbox"/> à venir	
<input type="checkbox"/> Autre :	Année Mois Jour ou <input type="checkbox"/> à venir	
<input type="checkbox"/> Autre :	Année Mois Jour ou <input type="checkbox"/> à venir	

### PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ RÉFÉRENT

Nom du prescripteur : \_\_\_\_\_ N° de permis : \_\_\_\_\_  
En lettres moulées

Nom de la clinique ou CH : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

Signature médicale (ou autorisée) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

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

Pour toute question, veuillez communiquer avec l'infirmière du guichet d'accès à l'investigation thoracique : 418-656-8711 poste : 3384