



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC
UNIVERSITÉ LAVAL



CP4265

DEMANDE DE RÉFÉRENCE CHIRURGIE THORACIQUE DIGESTIF BÉNIN

Achalasie Dysphagie Gastroparésie Hernie hiatale Reflux

HISTOIRE ET CONDITION DE L'USAGER

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 OU CONSULTATIONS RÉALISÉS

Gastroskopie Date : _____

Manométrie et pHmétrie Date : _____

Pathologie, si disponible Date : _____

Taco thorax avec contraste Date : _____

Gorgée baryté Date : _____

Consultation nutrition

Tentative médicamenteuse antérieure : _____

Veuillez prendre note que le délai de prise en charge peut être supérieur à 1 an. En tout temps, les demandes seront priorisées en fonction de divers facteurs cliniques dont, la pathologie et la sévérité des symptômes. Entre temps, nous vous suggérons de poursuivre les suivis tels que recommandés par la littérature. Si vous jugez que votre patient doit être priorisé, nous sommes disponibles pour en discuter. Merci d'informer votre patient.

IDENTIFICATION DU MÉDECIN RÉFÉRENT ET DU POINT DE SERVICE

Médecin référent : _____ N° de permis : _____

Gastroentérologue Médecin de famille Autre spécialité :

Nom de l'établissement : _____ Téléphone : _____

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

Signature

(aaaa/mm/jj)