



PROGRAMME ContrôleCancerColorectal – FORMULAIRE DE CONSULTATION

Demande de consultation à L'Hôpital d'Ottawa : Envoyez par télécopieur au	613-761-4388
Demande de consultation à L'Hôpital Montfort : Envoyez par télécopieur au	613-748-4968
Demande de consultation à L'Hôpital Queensway Carleton : Envoyez par télécopieur au	613-721-5368

Prénom :	Nom :	Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>
Adresse :		Date de naissance (max 74 ans)
Adresse 2 :		Tél. (maison) :
Médecin de famille :		Tél. (travail) :
N° d'assurance-santé :	Version :	Tél. cell. :

Le patient est-il apte à donner un consentement éclairé? **Oui** **Non**

Principale langue parlée :

Si le patient ne lit pas ou ne parle pas le français ni l'anglais, il devrait venir au rendez-vous en compagnie d'un interprète.

Indicateurs pour une recommandation

Les indicateurs s'appliquent seulement aux patients ayant entre 50 et 74 ans qui a :

- | | | |
|--|------------|------------|
| 1. RP : résultat positif au test de recherche de sang occulte dans les selles | Oui | Non |
| 2. PD : parent au premier degré (père, mère, frère, sœur, enfant) ayant eu le cancer colorectal | Oui | Non |
- Est éligible 10 ans avant l'âge auquel le parent a reçu son diagnostic.

Si vous avez répondu non aux deux indicateurs, N'ENVOYEZ PAS CE FORMULAIRE AU PROGRAMME ContrôleCancerColorectal. Continuez plutôt d'utiliser les services habituels pour les patients qui présentent des symptômes exigeant un suivi ou qui doivent passer une coloscopie pour d'autres raisons.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX IMPORTANTS (remplissez toute la section)

Insuffisance rénale	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Troubles respiratoires	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Valvule cardiaque prothétique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Diabète insulino-dépendant	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Anticoagulation/trouble de coagulation	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Maladie cardiaque	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Apnée du sommeil	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Autres problèmes médicaux	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Médicaments :	Antécédents médicaux importants :		
Allergies :	Anomalies :		

RECOMMANDATION SUPPLÉMENTAIRE

Si nous dépistons une anomalie suspecte qui nécessite l'intervention d'un chirurgien, nous autorisez-vous à recommander le patient vers un médecin ou un établissement qui peut lui donner le traitement approprié?

Oui : Hôpital Montfort Hôpital Queensway Carleton L'Hôpital d'Ottawa

Non, je vais m'en occuper.

Médecin traitant :	Téléphone :
N° à l'OMCO :	
Signature :	Télécopieur :

Date de la coloscopie (À REMPLIR PAR L'HÔPITAL) : _____

Anomalie suspecte dépistée (À REMPLIR PAR L'HÔPITAL) : **Oui** **Non**