



DT9283

CONSULTATION EN GASTROENTÉROLOGIE ADULTE

Attention : Consulter les alertes cliniques au verso et favoriser les protocoles de l'Accueil clinique (si disponibles) avant de remplir ce formulaire.

Nom et prénom de l'utilisateur			
N° d'assurance maladie		Année	Mois
		Expiration	
Nom et prénom du parent			
Ind. rég.	N° téléphone	Ind. rég.	N° téléphone (autre)
Adresse			
Code postal			

Raison de consultation		Échelle de priorité clinique : B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois		Pour les consultations de priorité A (≤ 3 jrs), ne pas les transmettre au CRDS ; utiliser les corridors suivant : spécialiste de garde, accueil clinique, etc.	
Dysphagie œsophagienne (Blocage d'aliments principalement solides immédiatement suite à la déglutition). <i>ne s'applique par pour :</i> <ul style="list-style-type: none"> Globus pharyngé ou (« boule constante dans la gorge »). Dysphagie oro-pharyngée Plénitude post-prandiale (sensation de blocage épigastrique) 	<input type="checkbox"/> Blocage avec restriction à s'alimenter à chaque repas avec une perte de poids secondaire (IPP à débuter dès que possible)	C	Perturbations du bilan hépatique Voir annexe 1 au verso pour le bilan suggéré pour les perturbations du bilan hépatique	<input type="checkbox"/> ALT entre 201-500 UI AVEC atteinte des fonctions hépatiques (Bilirubine ou INR anormaux) (Prérequis : persistance des ALT > 200 lors d'un contrôle au moins 7 jours après le premier prélèvement*)	B
	<input type="checkbox"/> Blocage occasionnel chez un patient > 50 ans (IPP à débuter dès que possible)	D		<input type="checkbox"/> ALT entre 201-500 sans atteinte des fonctions hépatiques (Bilirubine ou INR normaux) (Prérequis : persistance des ALT > 200 lors d'un contrôle au moins 7 jours après le premier prélèvement*)	C
	<input type="checkbox"/> Blocage occasionnel chez un patient < 50 ans ET persistant suite à un essai d'IPP pour 2 mois. (Prérequis : prise d'IPP 8 semaines)	D		<input type="checkbox"/> ALT entre 91-200, bilirubine et INR normaux (Prérequis : persistance des ALT > 91 lors d'un contrôle au moins 30 jours après le premier prélèvement*) L'utilisation du conseil numérique est fortement recommandée	D
<input type="checkbox"/> RGO sévère et avec symptômes résiduels significatifs malgré les IPP double dose ou IPP à action prolongée pour 8 semaines. (Prérequis : prise d'IPP 8 semaines*) Une réponse partielle ou une rechute à l'arrêt des IPP ne constituent pas des échecs au traitement.	E	<input type="checkbox"/> ALT entre 40-90 persistant suivi de plus de 6 mois avec anomalie au bilan d'hépatopathie de base (Prérequis : inscrire dans la section autres renseignements les anomalies retrouvées au bilan de base*) L'utilisation du conseil numérique est fortement recommandée	E		
<input type="checkbox"/> Dépistage du Barrett (Homme > 50 ans avec ces 3 critères) <ul style="list-style-type: none"> RGO depuis plus de 10 ans Aucune endoscopie les 10 dernières années Facteurs de risque (caucasien, fumeur, obèse, historique familiale de Barrett ou néoplasie œsophagienne) Pourrait être vu directement en endoscopie	E	Stéatose hépatique ET risque de fibrose/cirrhose Une justification ci-dessous est nécessaire : <input type="checkbox"/> NAFLD fibrosis score > 0,675 Lien web d'un calculateur à l'annexe 2 <input type="checkbox"/> Score FIB-4 > 3,25 Lien web d'un calculateur à l'annexe 2 <input type="checkbox"/> Obésité avec IMC > 40 <input type="checkbox"/> Splénomégalie ou thrombopénie <input type="checkbox"/> Foie bosselé ou dysmorphique à l'imagerie <input type="checkbox"/> Diabète depuis > 10 ans <input type="checkbox"/> Fibroscan > 8 L'utilisation du conseil numérique est fortement recommandée	E		
Dyspepsie sans RGO réfractaire ou persistante après 8 semaines d'IPP. (Prérequis : prise d'IPP 8 semaines, recherche et éradication de H Pylori, arrêt des AINS lorsque possible*) Une réponse partielle ou une rechute à l'arrêt des IPP ne constituent pas des échecs au traitement. Durant l'attente, des thérapies de deuxième ligne peuvent être tentées (tricyclique, prokinétique)	<input type="checkbox"/> < 60 ans	E	<input type="checkbox"/> Cirrhose confirmée par imagerie avec Bilirubine totale > 34 ou INR > 1.2	D	
	<input type="checkbox"/> ≥ 60 ans (le symptôme prédominant ne doit pas être le reflux, sinon case RGO à utiliser) sans signaux d'alarmes Pourrait être vu directement en endoscopie	D	<input type="checkbox"/> Cirrhose confirmée par imagerie (INR, albumine et bilirubine totale normaux). L'utilisation du conseil numérique est fortement recommandée	E	
	<input type="checkbox"/> Anomalie à l'imagerie à corrélérer en gastroscopie (Prérequis : résultat de l'imagerie recommandant la corrélation endoscopique) Pourrait être vu directement en endoscopie	D	<input type="checkbox"/> HbsAg positif avec ALT < 90 UI	D	
Perte de plus de 10% du poids causée par des symptômes digestifs	<input type="checkbox"/> Patient ≥ 60 ans avec dyspepsie et vomissement	C	<input type="checkbox"/> AntiHCV positif avec ALT < 200 UI	D	
	<input type="checkbox"/> Patient < 60 ans avec dyspepsie et vomissement	D	<input type="checkbox"/> Ictère avec bilirubine totale > 60 ou > 40 avec dilatation des voies biliaires à l'échographie (Prérequis : Rapport imagerie médicale)	B	
	<input type="checkbox"/> Avec douleur abdominale ou diarrhée (Prérequis : CT abdo, anti-ttg, calprotectine fécale, tsh, crp *)	D	<input type="checkbox"/> Diarrhée chronique sans anomalie aux prérequis chez un patient ayant < 50 ans (Prérequis : anti-ttg, calprotectine fécale, tsh, crp *) Si >50 ans ou calprotectine haute = formulaire AH-702 en endoscopie	E	
Hématémèse ou méléna <input type="checkbox"/> Avec Hb > 120 <input type="checkbox"/> Avec Hb 100-119 Utilisez les protocoles d'accueil clinique si disponibles. Pourrait être vu directement en endoscopie	D	<input type="checkbox"/> Anomalie à l'imagerie non suspecte au pancréas ou au foie (selon imagerie) mais nécessitant un suivi ou une précision (Prérequis : Rapport imagerie) L'utilisation du conseil numérique est fortement recommandée	E		
	C	Kyste pancréatique de type TIPMT des canaux secondaires (Prérequis : rapport d'imagerie ou MRCP du pancréas) <input type="checkbox"/> Taille > 20 mm, wirsung dilaté, croissance ou nodule mural <input type="checkbox"/> Taille < 20 mm ou chez un patient de > 75 ans et absence de nodule mural dilatation du wirsung ou croissance. L'utilisation du conseil numérique est fortement recommandée	D E		
<input type="checkbox"/> Anti-transglutaminase positif (non connu coeliaque) Pourrait être vu directement en endoscopie	D	<input type="checkbox"/> Haute suspicion de cancer digestif basée sur l'imagerie (excluant le cancer colorectal où il faut utiliser le formulaire AH-702) (Prérequis : rapport d'imagerie *)	B		
<input type="checkbox"/> Douleur abdominale chronique (Prérequis : Pour obtenir une meilleure priorité, joindre un rapport d'imagerie anormale et/ou des résultats de laboratoires anormaux) Envisager le conseil numérique	E				
<input type="checkbox"/> Autre raison de consultation non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique (justification OBLIGATOIRE dans la section suivante). Utilisez le conseil numérique si cliniquement indiqué.					Priorité clinique
Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires			Si prérequis exigé(s) :		
			<input type="checkbox"/> Disponible(s) dans DSQ <input type="checkbox"/> Annexé(s) à la présente demande		
Besoins spéciaux :					

Remplir le formulaire AH-702 Demande de coloscopie ou Accueil clinique si disponible

Haute suspicion de cancer colorectal basée sur l'imagerie, RSOSi positif (FIT positif), diarrhées chronique/constipation chronique, rectorragie, anémie ferriprive non gynécologique, suspicion de MII, suivi de diverticulite.

Alertes cliniques (liste non exhaustive)

Diriger l'usager à l'urgence

- Hémorragie digestive aiguë : hématomèse, rectorragie ou méléna dont la quantité ou la fréquence entraînent un instabilité cardio-vasculaire ou chez un patient sous anticoagulant qui ne peut être cessé temporairement par le référent.
- Impaction alimentaire ou corps étranger
- Cholangite
- Pancréatite aiguë
- Encéphalopathie hépatique de novo (1^{er} épisode)
- Ascite (1^{er} épisode ou fébrile)
- Hépatite aiguë sévère (ALT > 500)

Utiliser le formulaire de l'Accueil clinique si disponible

Annexe 1 : Bilan suggéré pour les perturbations du bilan hépatique

- Pour tous :
 - Échographie abdominale
 - Bilan hépatique complet : (ALT, AST, phosphatase alcaline, bilirubine, INR)
 - HbsAg, anti-HCV
 - % saturation de la transferrine, ferritine
 - Tsh
- Selon les circonstances et selon disponibilité
 - Bilan lipidique et HbA1C
 - Anticorps anti-transglutaminase
 - ANA, dosage des gammaglobulines (IgA, IgM, IgG)
 - Anticorps anti-mitochondrie (si élévation surtout de la phosphatase alcaline)
 - Anticorps anti-muscle lisse et anti-LKM
 - Céruleplasmine et alpha-1 antitrypsine

Annexe 2 : Liens pour NAFLD fibrosis score et Score FIB-4

NAFLD fibrosis score : <https://www.mdcalc.com/calc/3081/nafl-d-non-alcoholic-fatty-liver-disease-fibrosis-score>

Score FIB-4 : <https://www.cregg.org/commissions/hepatologie/calculateur-score-fibrosis-4-fib-4/>

Identification du médecin référent et du point de service

Estampe

Nom du médecin référent		N° de permis	
Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste	Ind. rég. N° de télécopieur
Nom du point de service			
Signature		Date (année, mois, jour)	

Médecin de famille : Idem au médecin référent Usager sans médecin de famille

Référence nominative (si requis)

Nom du médecin de famille	Si vous désirez une référence à un médecin ou à un point de service en particulier
Nom du point de service	