



FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE POUR LE GUICHET D'INVESTIGATION

PULMONAIRE HGJ et de L'ACCUEIL CLINIQUE HGJ

Nodule(s) pulmonaire(s)

JGH PULMONARY RAPID DIAGNOSTIC CLINIC and

JGH CLINICAL ACCESS SERVICE REFERRAL FORM

Pulmonary Nodule(s)

Nom de famille/Family name

No de dossier/Record No

Prénom/First name

Date de naissance/Date of birth

Téléphone/Telephone

No R.A.M.Q./Medicare No

Adresse/Address

À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN/IPS DEMANDEUR / TO BE COMPLETED BY THE REFERRING PHYSICIAN/NP

CONTRE-INDICATIONS SPÉCIFIQUES : Diriger votre usager vers l'Urgence en présence d'un ou des symptômes ou d'une des conditions suivantes
SPECIFIC CONTRAINDICATIONS : Send your user to Emergency Department if one or more of these symptoms or conditions are present

Fièvre / Fever $\geq 38^{\circ}\text{C}$, pouls / pulse $\geq 100/\text{min}$, FR / RR $\geq 28/\text{min}$, et SpO₂ / SpO₂ $\leq 92\%$;

Signes et symptômes de tuberculose / Any signs and symptoms of tuberculosis;

Signes et symptômes infectieux / Any signs and symptoms of an infectious process;

Douleur thoracique / Chest pain;

Hémoptysie / Hemoptysis.

☐ INDICATIONS SPÉCIFIQUES POUR LE **GUICHET D'INVESTIGATION** / SPECIFIC INDICATIONS FOR THE **RAPID DIAGNOSTIC CLINIC**:

- ☐ Lésion pulmonaire ≥ 8 mm (nodules) / Lung lesion ≥ 8 mm (nodules),
- ☐ Suspicion d'atteinte néoplasique pleurale / Suspicion of pleural neoplastic disease,
- ☐ Adénopathie médiastinale ou hilare > 10 mm / Mediastinal or hilar suspected malignancy > 10 mm,
- ☐ Récidive d'un cancer pulmonaire / Recurrence of lung cancer.

Date premier examen anormal / Date of first abnormal exam: AAYY/MM/JJDD

☐ INDICATIONS SPÉCIFIQUES POUR L'**ACCUEIL CLINIQUE** / SPECIFIC INDICATIONS FOR THE **CLINICAL ACCESS SERVICE**:

Présence de nodule(s) pulmonaire(s) < 8 mm sur rayon X du poumon ou sur l'examen de tomodensitométrie du thorax (TDM). Sera dirigé à l'Accueil Clinique / Presence of lung nodule(s) < 8 mm on chest X-ray or on computerized tomography (CT) Chest. Will be directed to Clinical Access Service

VEUILLEZ COCHER ET SIGNER CE FORMULAIRE /
PLEASE TICK OFF AND SIGN THIS REFERRAL

☐ Je prescris les procédures diagnostiques incluses
dans cette ordonnance individuelle standardisée
I prescribe all the clinical investigations included
in this Standardized Individual Prescription

Ordonnance individuelle standardisée
Standardized Individual Prescription

SVP voir l'algorithme spécifique à la condition /
Please refer to the condition specific algorithm

BILAN SANGUIN / BLOOD TEST: FSC / CBC, NA, K, Cl, Bicarb, Urée / Urea, Créat / Creat, Glucose, Alb, GGT, LDH, TSH, Ca, Mg, Phos, enzymes hépatiques / LFT, protéine c-réactive / CRP, Acide Urrique / Uric acid, Protéine totale / Total Protein, CK, INR, PT/PTT

EXAMENS DIAGNOSTIQUES / DIAGNOSTIC TESTS:

TDM, s'il n'est pas déjà fait / CT chest, if not already done

Consultation spécialisée / Specialized consultation:

Pneumologie / Pulmonary

IDENTIFICATION DE MÉDECIN / IPS DEMANDEUR / IDENTIFICATION OF THE REFERRING PHYSICIAN/NP

Nom et prénom du médecin / IPS demandeur (lettres moulées) /
Name and first name of referring physician/NP (printed letters)

Signature

No de permis / License No

Téléphone / Telephone

Télécopieur / Fax

AAYY/MM/JJDD

Clinique – GMF – UMF – autre / Clinic – GMF – UMF – other

Date et heure / Date and Time

MD / IPS qui accepte de faire le suivi de l'investigation demandée (si différent) / MD/NP who agrees to follow user during investigation (if different) :

Nom et prénom / Name and first name

Téléphone / Telephone

Télécopieur / Fax

Courriel / Email : guichet.investigation.ccomtl@ssss.gouv.qc.ca | Téléphone / Phone: 514-340-8222 8222 (27300)

Heures d'ouverture du lundi au vendredi de 8h00 à 16h00, fermée les fins de semaine et jours fériés /

Opening hours Monday to Friday from 8:00 a.m. to 4:00 p.m., closed on weekends and holidays