

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal

Québec



- HMR     LT  
 HSCO     PDI  
 IUSMM     SLSM  
 CPMCS

N° Dossier :

Date de naissance :

Sexe :

Nom, Prénom :

Nom de la mère :

Adresse :

Téléphone :

NAM :

Expiration :



OP01276

## OIP-CEMTL-01276 - NODULE OU MASSE PULMONAIRE SUSPECTE/HÉMOPTYSIES

Poids \_\_\_\_ Kg    Taille \_\_\_\_ cm    Allergie(s) : \_\_\_\_\_    Intolérance(s) : \_\_\_\_\_

### INDICATION CLINIQUE

- Offrir une prise en charge en pneumologie pour les usagers présentant un nodule ou une masse pulmonaire suspecte à l'imagerie et/ou présentant de l'hémoptysie.

### RÔLE DE L'INFIRMIÈRE

- L'infirmière de l'Accueil clinique est tenue d'orienter l'usager selon les résultats obtenus aux différents paliers d'investigation. Pour ce faire, elle doit renseigner l'usager sur les trouvaillies en lien avec la condition et référer toutes autres trouvaillies au médecin ou à l'IPS référent pour un suivi approprié.

### LIMITE(S) À L'APPLICATION DE L'OIP OU SITUATION(S) EXIGEANT UNE CONSULTATION À L'URGENCE

- État clinique instable ou condition médicale aiguë nécessitant une prise en charge immédiate et/ou rapide.
- Pour l'usager hors territoire présentant des lésions d'origine suspecte, l'orientation vers son établissement d'appartenance est fortement suggérée afin de faciliter l'accessibilité aux traitements spécialisés.

### ÉPREUVES DIAGNOSTIQUES

- Radiographie pulmonaire pour les références d'hémoptysies si imagerie non réalisée (à réaliser dans un délai maximum de 2 jours ouvrables)

### CONSULTATION EN PNEUMOLOGIE

- Triage hebdomadaire des consultations par le pneumologue :
  - ✓ Pour la clientèle avec une probabilité élevée de cancer (consultation à réaliser dans un délai estimé de 15 à 21 jours)
  - ✓ Pour la clientèle avec une probabilité faible de cancer (consultation à réaliser dans un délai estimé de 1 à 2 mois)

### Section réservée à l'infirmière si OIP non signée

- OIP-CEMTL-01276 appliquée à la demande du médecin ou de l'IPS prescripteur, cf. formulaire de référence

Nom de l'infirmière

Signature de l'infirmière

Date (AA/MM/JJ)

Signature du prescripteur

# permis

Date

Heure

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES