

N° Dossier : _____ Date de naissance : _____ Sexe : _____
 Nom, Prénom : _____
 Nom de la mère : _____
 Adresse : _____
 Téléphone : _____
 NAM : _____
 Expiration : _____

ACCÈS AVANCÉ – ENDOSCOPIE

Critères admissibilités :

- Anémie sévère et/ou rectorragies et/ou suspicion de néo GI sur imagerie nécessitant un suivi urgent ou rapproché
- HB <100 ou HB >100 **avec** saignement anorectal présent
- Dysphagie
- Douleur épigastrique associée avec perte de poids/vomissements/anémie/bilan sanguin anormal
- HDH/méléna
- Retour à domicile sécuritaire et accompagnement possible

Marche à suivre :

1. Entre 8h et 22h chaque jour : communiquez avec l'Accès avancé au
 - 514-252-3400 Poste 1222
 - 438-871-5731 (Cellulaire)
 * Entre 22h et 8h, SVP laissez un message texte sur le cellulaire ou sur la boîte vocale
2. Transmettre les notes cliniques et documents pertinents :
 - Par fax au : 514-252-3845 ou
 - accueilclinique.hmr@ssss.gouv.qc.ca

Critères exclusions :

- MPOC Sévère – O2 dépendant
- Maladie cardiaque sévère – Classe 4
- Apnée du sommeil avec appareil nocturne
- Âge <18 ans
- Non ambulatoire
- Problème de compréhension – Barrière linguistique
- Grossesse
- Usager sous coumadin
- Stent récent (DAPT doit être maintenu)
- EP/TPP récente (NACO doivent être maintenus)
- Patient non autonome pour la préparation

DIAGNOSTIC PROBABLE OU RAISON DE CONSULTATION :

Hémoglobine : _____ En date du : _____

PROCÉDURES REQUISES : Gastroskopie Coloscopie

DOCUMENTS REQUIS :

- Demande de consultation en gastro pré-remplie par médecin référent -> Ne pas faxer en gastro
- OIP 0008 – Fer parentéral en communauté (organisation par l'infirmière de liaison de l'urgence)
- (Facultatif) Ordonnance ambulatoire Fer Po – Anémie ferriprive (OP0078)

Renseignements cliniques OBLIGATOIRES :

- Anticoagulants : Non Oui : _____
 À cesser Non → **Exclu accès avancés** Oui → **Gestion des anticoagulants à préciser par médecin référent (OIP-3388)**
- Antiplaquettaires : Non Oui : _____
 À cesser Non Oui → **Gestion des antiplaquettaires à préciser par médecin référent**

- Diabète traité (insuline, hypoglycémifiants oraux, etc.) Non Oui : _____
 À cesser Non Oui le : _____ Protocole insuline OIP3332

- Stimulateur cardiaque/défibrillateur Non Oui :

• Sédation analgésie

- Facteurs de risque de dépression respiratoire Naïf à un opiacé Ins. Rénale ou hépatique MPOC
- Apnée du sommeil Traumatisme crânien récent Âge > 70 IMC > 35
- Prise de médicaments ou substances ayant un effet sur le SNC (opiacés, benzodiazépine, neuroleptique, antidépresseur, antiémétique, antihistaminique, barbiturique, anticonvulsivant, alcool, drogues)

Classification de l'état physique de l'usager : ASA 1 2 3 4

Lors d'une anesthésie antérieure, réaction indésirable ou intubation difficile Non Oui, précisez:

Signature du médecin

No de permis

Date et heure