Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais
Québec

OT2709

Installation : Hôpital de Hull

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

DEMANDE DE RÉFÉRENCE
GUICHET D'INVESTIGATION RAPIDE PULMONAIRE (GIR-P)

Téléphone : 819 966-6200 poste 335472 **Télécopieur : 819 966-6103**

07.CISSSO.GIR-P@ssss.gouv.qc.ca

RAISON DE CONSULTATION	IMPRESSION DIAGNOSTIQUE OU RENSEIGNEMENTS CLINIQUES
☐ Lésion pulmonaire suspecte de néoplasie	
☐ Nodule pulmonaire ≥ 8 mm nouveau ou évolutif	
☐ Récidive de cancer pulmonaire thoracique-extrathoracique	

EXAMENS DIAGNOSTIQUES RÉALISÉS

☐ Radiographie du thorax (TDM non réalisée)	Date :	Lieu *(lorsque hors CISSSO)* :

Si le résultat de la radiographie est suspect mais que la TDM n'est pas réalisée le rendez-vous pourra être coordonné par le GIR-P mais le résultat sera sous la responsabilité du médecin référent

☐ J'accepte la responsabilité. Initiale : _____

☐ ***Si allergique à l'iode, prescrire la désensibilisation :***

OPI-037 PRÉVENTION DES RÉACTIONS ALLERGIQUES AUX PRODUITS DE CONTRASTE (IODE)

☐ TDM	Date :	Lieu *(lorsque hors CISSSO)* :
☐ TDM à venir	Date prévue :	

IDENTIFICATION DU MÉDECIN RÉFÉRENT ET DU POINT DE SERVICE

Nom du médecin référent :	Nom du point de service :
	No de permis :

Provenance de l'usager (si applicable)

☐ Usager hospitalisé ☐ Usager provenant de l'urgence ☐ Programme de dépistage du cancer du poumon

Signature		Date :

MÉDECIN DE FAMILLE ☐ **IDEM AU MÉDECIN RÉFÉRENT** ☐ **USAGER SANS MÉDECIN DE FAMILLE**

Nom du médecin de famille :

Nom du point de service :

Espace réservé au Guichet d'investigation rapide pulmonaire (GIR-P)

☐ Lettre d'**admissibilité** au guichet d'investigation rapide pulmonaire acheminée au médecin référent	Date :
☐ Lettre d'**inadmissibilité** au guichet d'investigation rapide pulmonaire acheminée au médecin référent	Date :

Prévoir :	☐ Test de fonction respiratoire	☐ Bilan sanguin	☐ Premier rendez-vous	☐ Autre :

Signature du pneumologue		Date :