



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC
UNIVERSITÉ LAVAL



CP4264

DEMANDE DE RÉFÉRENCE CHIRURGIE THORACIQUE MALADIE DE BARRETT (RADIOFRÉQUENCE)

Histoire et condition de l'utilisateur

Allergie : Aucune Produit de contraste iodé : _____
 Latex Autre : _____

Diabète : Non Type 1 Type 2

Anticoagulation : Non Oui : _____

Précautions additionnelles : Non Oui : _____

Acheminer : Demande de consultation
 Résumé de dossier
 Profil pharmacologique

Examens réalisés (Récents et antérieurs) *Acheminer les résultats

Gastroskopie Date : _____

Toutes les pathologies disponibles Date : _____

Identification du médecin référent et du point de service

Médecin référent : _____ N° de permis : _____

Gastroentérologue Chirurgien Autre : _____

Nom de l'établissement : _____ Téléphone : _____

Faire parvenir l'ensemble des documents requis au : thoracique.iucpq@ssss.gouv.qc.ca

Signature

(aaaa/mm/jj)