



DEMANDE DE RÉFÉRENCE CHIRURGIE THORACIQUE DIGESTIF BÉNIN

Achalasie Dysphagie Gastroparésie Hernie hiatale Reflux

HISTOIRE ET CONDITION DE L'USAGER

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 OU CONSULTATIONS RÉALISÉS

Gastroscopie Date : _____

Manométrie et pHmétrie Date : _____

Pathologie, si disponible Date : _____

Taco thorax avec contraste Date : _____

Gorgée baryté Date : _____

Consultation nutrition

Tentative médicamenteuse antérieure : _____

IDENTIFICATION DU MÉDECIN RÉFÉRENT ET DU POINT DE SERVICE

Médecin référent : _____ N° de permis : _____

Gastroentérologue Médecin de famille Autre spécialité :

Nom de l'établissement : _____ Téléphone : _____

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

Signature

(aaaa/mm/jj)