



**Demande de consultation en endoscopie /  
Endoscopy Consultation Request**

- Coloscopie/Colonoscopy  
 Gastroskopie/Gastroscopy

Date de la demande / Date of Request : \_\_\_\_\_  
aaaa-mm-jj/yyyy-mm-dd

Nom/Name :  
Prénom/First name :  
DDN/DOB:  
Carte santé/Health card :  
Téléphone 1/Telephone 1 :  
Téléphone 2/Telephone 2 :

Page 1 de 1

**INFORMATION**

Médecin référent / Referring Physician (en lettre moulées/please print) :

Téléphone/Telephone :

Télécopieur / Fax :

OHIP/RAMQ (Numéro de facturation/Billing Number) :

Signature :

Est-ce un suivi d'une coloscopie antérieure? Si oui, date de la coloscopie :  
*Is this a follow-up to a previous colonoscopy? If yes, date of the colonoscopy :*

Indications cliniques / Clinical indicators :

**GUIDE POUR LA COLOSCOPIE / INDICATION FOR COLONOSCOPY**

- SA – Patient présente des symptômes ou a reçu un résultat de laboratoire anormal (autre que recherche de sang occulte) (45 jours) / *Symptomatic or had an abnormal lab test – other than FOBT (45 days)*
- PF – Résultat positif (FOBT/FIT ou RSOSi) suite à une recherche de sang occulte dans les selles (56 jours) / *Positive Fecal Occult Blood Test (56 days).*
- FD – Membre de la famille (premier degré) avec cancer colorectal ou polype avancé (dysplasie de haut grade,  $\geq 1$  cm, histologie villose ou tubuvilleuse) (182 jours) / *First degree relative with colorectal cancer or advance adenomatous polyp (high-grade dysplasia,  $\geq 1$  cm, villous or tubulovillous histology) (182 days)*
- CN – Surveillance suite à une pathologie colorectale (polype ou cancer) / *Surveillance for past pathology (polyp or cancer)*
- OS – Autre dépistage / *Other screening*

**VEUILLEZ TÉLÉCOPIER CE FORMULAIRE AU 613.636.6221 \*\* PLEASE FAX FORM TO 613.636.6221**

**\*\* Toute demande incomplète sera retournée au médecin référent. /  
Any incomplete request will be returned to the referring physician.**