

## DEMANDE DE CONSULTATION EN GYNÉCO-ONCOLOGIE

Nom et prénom de l'utilisateur :			
Nom de la mère :			
N° d'assurance maladie :	Expiration :	Date de naissance (AAAA-MM-JJ) :	
Adresse (n°, rue) :			
Code postal :	Téléphone :	Ind. rég.	Résidence :
Ind. rég.	Travail :	Poste	Ind. rég. Cellulaire :
Courriel :			

Identification du médecin référent et du point de service			
Nom du médecin référent :		N° de permis :	Nom du point de service :
Ind. rég.	N° de téléphone :	N° de poste	Ind. rég. N° de télécopieur :
Adresse courriel :			
Copie de la réponse d'acceptation ou de refus à : <input type="checkbox"/> Médecin de famille <input type="checkbox"/> Autre médecin			
Nom et coordonnées, le cas échéant :			
Personne-ressource à joindre en cas de question concernant la demande (si autre que le médecin référent)			
Nom de la personne-ressource :		Fonction :	
Ind. rég.	N° de téléphone :	N° de poste	Ind. rég. N° de télécopieur :
Adresse courriel :			
Raison de consultation			
La patiente est-elle informée de la demande de consultation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
<input type="checkbox"/> Cancer de l'endomètre	<input type="checkbox"/> Hyperplasie atypique de l'endo. / EIN	<input type="checkbox"/> Suspicion de sarcome utérin	
<input type="checkbox"/> Masse annexielle suspecte	<input type="checkbox"/> Cancer de l'ovaire / carcino. périto.	<input type="checkbox"/> Cancer de la vulve	
<input type="checkbox"/> Cancer du vagin	<input type="checkbox"/> Cancer du col de l'utérus	<input type="checkbox"/> Néoplasie trophoblas. gestationnelle	
<input type="checkbox"/> Mutation génétique	<input type="checkbox"/> Autre, spécifiez :		
Examens requis *Veuillez-vous référer à l'annexe pour connaître les documents requis selon la raison de consultation			
<input type="checkbox"/> Rapports de pathologie	<input type="checkbox"/> Rapports d'imagerie	<input type="checkbox"/> Résultats d'analyses de laboratoire	
Autres indications			
Commentaires ou informations complémentaires :			
Signature du référent :		Date :	

**ATTENTION !** Il est obligatoire d'envoyer la demande de consultation dûment complétée ainsi que tous les documents demandés par courriel à [gyneco-oncologie.cemt1@ssss.gouv.qc.ca](mailto:gyneco-oncologie.cemt1@ssss.gouv.qc.ca) ou par fax au **514-899-8458**. **L'omission de joindre certains documents pourrait entraîner un délai dans le traitement de la demande.**

Pour toutes questions concernant un rendez-vous, une vérification de dossier ou une question d'ordre administrative, veuillez composer le **514-252-3400** poste 2770

**Merci de la confiance que vous nous portez.**

**RAPPORTS À JOINDRE À LA DEMANDE DE CONSULTATION EN GYNÉCO-ONCOLOGIE**

<b>RAISON DE CONSULTATION</b>	<b>RAPPORTS <u>REQUIS</u></b>	<b>AUTRES RAPPORTS PERTINENTS</b>
<b>Masse annexielle suspecte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Échographie pelvienne</li> <li>- Marqueurs tumoraux : CA-125, CA 19-9 et CEA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- IRM pelvienne</li> <li>- Marqueurs tumoraux : AFP, b-hCG, CA 15-3, Inhibine B et LDH</li> <li>- Scan TAP</li> </ul>
<b>Cancer de l'ovaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Marqueurs tumoraux : CA-125, CA 19-9 et CEA</li> <li>- Scan TAP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport de pathologie</li> </ul>
<b>Carcinose péritonéale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Marqueurs tumoraux : CA-125, CA 19-9 et CEA</li> <li>- Scan TAP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport de pathologie</li> </ul>
<b>Cancer de l'endomètre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport de pathologie</li> <li>- Marqueur tumoral : CA-125</li> <li>- Scan TAP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Échographie pelvienne</li> <li>- IRM pelvienne</li> </ul>
<b>Hyperplasie atypique de l'endomètre / EIN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport de pathologie</li> <li>- Marqueur tumoral : CA-125</li> <li>- IRM pelvienne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Échographie pelvienne</li> </ul>
<b>Cancer de la vulve</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport de pathologie</li> <li>- IRM pelvienne</li> <li>- Scan TAP</li> <li>- TEP</li> </ul>
<b>Cancer du vagin</b>		
<b>Cancer du col de l'utérus</b>		
<b>Suspicion de sarcome utérin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- IRM pelvienne</li> <li>- Marqueurs tumoraux : CA-125 et LDH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Scan TAP</li> </ul>
<b>Néoplasie trophoblastique gestationnelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Échographie pelvienne</li> <li>- Marqueur tumoral : b-hCG</li> <li>- Radiographie des poumons</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport de pathologie</li> <li>- IRM pelvienne</li> </ul>
<b>Mutation génétique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépistage génétique</li> </ul>	