



Système de gestion de l'accès aux services

NUMÉRO SPÉCIAL

RADIO-ONCOLOGIE

Formulaire « Demande de consultation »

BULLETIN SGAS • AUTOMNE 2004

Diminuer les listes d'attente pour l'accès aux services médicaux et chirurgicaux est une priorité du ministère de la Santé et des Services sociaux. C'est avec cet objectif que le Ministère a entrepris de déployer, en cardiologie tertiaire et en radio-oncologie, le Système de gestion de l'accès aux services (SGAS).

SGAS est un outil d'aide à la tâche pour les médecins et les professionnels qui gèrent quotidiennement l'accès aux services. Ses fonctionnalités permettent de gérer les listes d'attente de façon uniforme et de produire des rapports fiables et normalisés. SGAS favorise un accès juste et équitable aux services pour chaque usager en attente.

L'UTILISATION DE SGAS EN RADIO-ONCOLOGIE

En radio-oncologie, le déploiement du système SGAS est terminé depuis le 30 juin 2004 dans les dix centres hospitaliers visés.

L'application SGAS repose sur la notion de **délais d'accès médicalement acceptables**, déterminés en fonction de l'état de santé de l'usager. En préalable au déploiement de l'application, un comité aviseur composé de radio-oncologues a défini un **système de classification par priorité**, établi selon le motif de la consultation, la condition clinique de l'usager et les différentes modalités de traitement. Le comité a ensuite précisé les délais d'accès médicalement acceptables correspondants. Le délai d'attente n'est pas calculé à compter de la réception de la demande de consultation mais plutôt à compter du moment où l'usager est médicalement prêt à recevoir ses traitements, c'est-à-dire après sa période de convalescence post-chirurgie ou post-chemiothérapie. Il prend fin à la date du début des traitements.

Tout en soulignant qu'en radio-oncologie, aucun délai ne peut être considéré comme acceptable pour un patient médicalement prêt à recevoir son traitement, le Comité de radio-oncologie a convenu, en février 2004, que l'utilisation du système de classification était souhaitable étant donné la situation actuelle des listes d'attente.

Le système de classification par priorité en radio-oncologie a également été entériné par le Collège des médecins du Québec, avec diffusion, fin 2004, d'un énoncé de position à ce sujet.

Le système de classification est présenté à la dernière page de ce bulletin. Il doit être considéré comme un guide à la disposition des personnes qui planifient l'accès aux services.

LE FORMULAIRE DE DEMANDE DE CONSULTATION

Pour rendre possible l'implantation de SGAS et l'utilisation du système de classification par priorité, il s'est avéré nécessaire de normaliser le processus de demande de consultation. Un **formulaire standardisé** a donc été conçu ; il porte le numéro AH-519 DT.

Ce formulaire a été approuvé par le Comité aviseur en radio-oncologie et par les chefs de service en radio-oncologie des dix établissements concernés. Il a été expérimenté durant l'été 2004 et sa version finale a été approuvée par le Comité de normalisation des formulaires du dossier de l'usager du réseau de la santé et des services sociaux.

COMMENT REMPLIR LE FORMULAIRE ?

Les indications contenues dans ce bulletin spécial vous aideront à remplir le formulaire de demande de consultation en radio-oncologie. Conservez-le précieusement !

En complément à ce bulletin, les centres de radio-oncologie pourront aussi transmettre des précisions additionnelles, destinées aux médecins avec lesquels ils sont habituellement en contact.

À QUI S'ADRESSENT CES INDICATIONS ?

Ces indications sont destinées à tous les médecins référant des usagers vers un centre de radio-oncologie. Elles sont aussi utiles aux radio-oncologues et aux responsables de la gestion des listes d'attente, qui doivent s'assurer que chaque formulaire est rempli correctement. C'est en effet à partir des informations cliniques fournies que le niveau de priorité de l'usager est établi, que la consultation est planifiée, et que les examens et traitements sont programmés dans les meilleurs délais.

COMMENT SE PROCURER LE FORMULAIRE AH-519 DT ?

Pour imprimer le formulaire, consultez le site Web :

www.sogique.qc.ca/SGAS

Des exemplaires imprimés du formulaire seront disponibles à compter de novembre 2004. Les coordonnées du fournisseur figurent à la page 3 de ce bulletin.

Demande de consultation en radio-oncologie – septembre 2004

Formulaire AH-519 DT

INDICATIONS – PAGE 1

1. Afin d'éviter les appels inutiles, assurez-vous que les informations démographiques imprimées à partir de la carte embossée sont clairement lisibles, surtout si la demande de service est acheminée par télécopieur.
2. Indiquez le numéro de dossier de l'établissement d'où provient l'utilisateur.
3. S'il s'agit d'un transfert interétablissement, indiquez le numéro de dossier de l'utilisateur si celui-ci a déjà un dossier au centre de radio-oncologie.

4. Utilisez cet espace pour ajouter un autre numéro de téléphone où joindre l'utilisateur, le cas échéant.
5. Si vous n'utilisez pas la carte embossée, inscrivez les informations démographiques de l'utilisateur dans cette section. Ces informations sont obligatoires pour l'ouverture du dossier dans l'établissement où est référé l'utilisateur.

6. Pour un utilisateur hospitalisé dans votre centre et que vous souhaitez diriger vers un établissement de radio-oncologie, indiquez « Transfert » en ce qui concerne la provenance de l'utilisateur. Le « transfert » vers le centre de radio-oncologie peut être applicable au transfert pour la visite de consultation seulement, ou encore au transfert pour la période des traitements.

7. S'il s'agit d'un transfert interétablissement, précisez le nom de l'unité de soins où l'utilisateur est présentement hospitalisé.

8. Permet d'assurer la confidentialité au moment d'échanges d'information entre établissements. À compléter seulement si l'établissement référant utilise un code avec le centre de radio-oncologie pour l'envoi des accusés de réception par télécopieur.

9. Pour la visite de consultation, indiquez si l'utilisateur sera ambulant ou le moyen de transport qui sera utilisé.

10. Indiquez la date du diagnostic associée au motif de la demande. Si une biopsie a été effectuée, la date correspond à la date de la procédure diagnostique et non à la date du rapport de pathologie. Si aucune biopsie n'a été faite, par exemple dans les cas de leucémie, cette date correspond à la date du diagnostic de la pathologie.

11. Ajoutez des informations complémentaires au motif, comme la région à traiter.

12. Les allergies peuvent être indiquées par l'infirmière au moment de la visite de consultation.

13. Indiquez les modalités de traitement établies. Ces informations sont nécessaires pour établir la priorité médicale de l'utilisateur.

Système de gestion de l'accès aux services

DT9024

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

Demande de consultation
RADIO-ONCOLOGIE

Sections réservées au médecin référant

Date de la demande de consultation

Année Mois Jour

Usager (informations supplémentaires)

N° de dossier de l'établissement référant

N° de dossier à l'établissement où l'utilisateur est référé (si connu)

N° téléphone secondaire

Ind. rég.

Informations démographiques supplémentaires (si la carte embossée n'est pas utilisée)

DDN (année, mois, jour)

N° d'assurance

Expiration

Nom

Prénom

Sexe

M F

Ville

Province

Code postal

Adresse

N° téléphone principal

Ind. rég.

Nom et prénom de la mère

Nom et prénom du père

Référé

Médecin référant (nom en lettres moulées)

Spécialité

N° de permis

Nom de l'établissement

Provenance de l'utilisateur

Domicile

Transfert (hospitalisé au CH référant)

Hospitalisé – interne

Urgence – interne

Unité de soins

Lors d'un transfert, personne à contacter dans l'établissement référant

Ind. rég.

N° téléphone

N° de poste

Ind. rég.

N° télécopieur

Courriel

Code non nominatif (si télécopieur)

Condition de transport

Ambulant

Ambulance

Civière

Fauteuil roulant

Transport adapté

Avion

Bateau

Autre

Médecin de famille de l'utilisateur

Nom

Ind. rég.

N° téléphone

Adresse

Motif de la demande de consultation (diagnostic)

Digestif

Gynécologie

Hématopoïétique

Métastases

ORL

Sarcome

Sein

Peau

Poumon

Prostate

S.N.C.

Urinaire

Autre

Commentaire

Allergie (facultatif)

Aucune

Pénicilline

Iode

Latex

Infection

SARM¹+

ERV²+

Autre

Catégorie de radiothérapie demandée

Seule

Combinée avec chimiothérapie

Préopératoire

Postopératoire – Date de la chirurgie

Année Mois Jour

1 SARM : Infection à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline – 2 ERV : Infection à Entérocoque résistant à la vancomycine

Demande de consultation – RADIO-ONCOLOGIE

Sections réservées au médecin référant

AH-519 DT (04-09)

Page 1

Demande de consultation en radio-oncologie

– septembre 2004

Formulaire AH-519 DT

INDICATIONS – PAGE 2

- Il est essentiel de faire parvenir un résumé de dossier médical ainsi que les films radiologiques au centre de radio-oncologie. Précisez si ceux-ci sont inclus avec la demande, suivront dans les prochains jours ou seront apportés au moment de la visite de consultation.
- Si la radiothérapie est associée à un traitement de chimiothérapie, précisez-en les modalités (avant, pendant ou à la suite du traitement de radiothérapie) ainsi que les dates de début et de fin.
- Si le traitement de radiothérapie est associé à un traitement d'hormonothérapie, précisez la date de début du traitement ainsi que la durée prévue.
- Mentionnez toute autre information pertinente au traitement de la demande de consultation par le centre de radio-oncologie.
- Cette section est réservée à l'usage du Service de radio-oncologie. La priorité médicale sera établie en fonction des informations reçues et en rapport avec la grille de classification par priorité.

Identification de l'utilisateur		Nom et prénom	
Informations complémentaires			
Cardiostimulateur / Défibrillateur :		☐ Oui ☐ Non	
Radiothérapie antérieure :		☐ Oui ☐ Non	
Dossier médical :		☐ Local ☐ Inclus ☐ Suivra	
Nouvel usager en R-O pour l'établissement :		☐ Oui ☐ Non	
Si non, s'agit-il d'un nouveau cancer ?		☐ Oui ☐ Non	
Année			
Apporté lors de la consultation		☐ Locaux ☐ Inclus ☐ Suivront	
Apportés lors de la consultation		☐ Oui ☐ Non	
Référence			
Référé :			
☐ Au service ☐ Au radio-oncologue : Dr _____			
Traitement			
Chimiothérapie			
☐ Néo-adjuvant ☐ Concomitant (radio, et chimio.) ☐ Adjuvant			
Date de début		Date de fin	
Année Mois Jour		Année Mois Jour	
Hormonothérapie			
☐ Oui ☐ Non			
Date de début		Durée : _____ semaine(s)	
Année Mois Jour			
Remarques			
Médecin référant : _____ Signature : _____			
Date : _____ Année Mois Jour			
RÉSERVÉ À L'USAGE DU SERVICE			
Réception de la demande			
Reçu par : _____			
Date de réception : _____ Année Mois Jour			
Consultation faite en externe			
Lieu : _____			
Mode de réception : _____			
Priorité			
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4			
Radio-oncologue			
Signature : _____			
N° de permis : _____			
Date : _____ Année Mois Jour			

Pour obtenir des exemplaires imprimés du formulaire AH-519 DT (date de disponibilité : novembre 2004)

DATAMARK SYSTEMS INC.
2800, rue Francis Hugues
Laval (Québec)
H3L 3Y7

Téléphone : 1 888 360-0470
Télécopieur : 1 888 736-8155
Courrier électronique :
jbernard@datamark.ca

Précisez le numéro du formulaire sur votre bon de commande :
• AH-519 DT : Demande de consultation en radio-oncologie
• AH-519A DT : Consultation Form – Radio Oncology

Les bulletins d'information du projet SGAS sont disponibles sur les sites Web du MSSS (www.msss.gouv.qc.ca, section Documentation, Publication) et de SOGIQUE (www.sogique.qc.ca/SGAS).

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2004

Bibliothèque nationale du Canada, 2004

ISSN 1499-1756

Accessibilité en radio-oncologie – classification par priorité (CRO¹)

Diagnostic ou situation clinique	Priorité	Délais
Compression médullaire Syndrome de la veine cave supérieure Syndrome hémorragique (vessie, col utérin, bronche, etc.) Métastases cérébrales symptomatiques	1	1 jour
Compression bronchique, viscérale ou vasculaire Métastases osseuses douloureuses Métastases cérébrales peu symptomatiques Toute autre radiothérapie palliative antalgique Tumeurs pédiatriques qui requièrent un début de traitement rapide Prévention de la formation osseuse hétérotopique Chéloïde Ptérygion	2	3 jours
Tumeurs pédiatriques Radiothérapie exclusive : • Tumeurs de la sphère ORL incluant la thyroïde • Tumeurs gynécologiques • Tumeurs pulmonaires Radiothérapie exclusive ou associée à de la chimiothérapie : • Tumeurs de l'anus • Tumeurs de la vessie • Tumeurs du pancréas • Tumeurs de l'oesophage • Carcinome pulmonaire à petites cellules Radiothérapie préopératoire, seule ou combinée à la chimiothérapie, de différents sites (ex. : rectum, sarcome, etc.) Maladie de Hodgkin Lymphomes non hodgkiniens Tumeurs cérébrales (radiothérapie conventionnelle ou stéréotaxique) Les irradiations corporelles totales chez des usagers en préparation de greffe de moelle osseuse Séminomes Cancer du sein inflammatoire	3	14 jours
Radiothérapie postopératoire : cancer du sein, de la prostate, de la sphère ORL, du rectum, gynécologique, sarcome, pancréas, etc. Cancer du poumon sous chimiothérapie Les tumeurs qui nécessitent un traitement systémique (hormonothérapie ou chimiothérapie) avant de débiter leur radiothérapie Radiothérapie exclusive ou postopératoire : tumeurs de la peau Radiothérapie exclusive : tumeurs de la prostate	4	28 jours

1. CRO : Comité de radio-oncologie – Délais approuvés le 11 février 2004.

Note : La grille de classification par priorité a été révisée par le comité aviseur en radio-oncologie le 7 septembre 2004 (ajouts de diagnostics).

Il est à noter que cette liste de diagnostics ou de situations cliniques se veut non exhaustive et sert avant tout de cadre de référence pour la priorisation médicale.