

À compléter par le médecin adresseur

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Difficultés de communication (troubles cognitifs, barrière de langue) :

.....

Antécédents notables :

-
-
-

Traitement habituel :

.....

Histoire récente :

.....

.....

Examens déjà réalisés + dates :

-
-
-

Attention ! L'existence d'un ou plusieurs des critères ci-dessous doit amener à **réorienter le patient vers les urgences les plus proches** :

- Menace respiratoire (épanchements pleuraux/péricardique de grande abondance, suspicion d'embolie pulmonaire, dyspnée au moindre effort/oxygénodépendance, etc)
- Menace neurologique (syndrome de compression médullaire, syndrome de la queue de cheval, syndrome d'hypertension intracrânienne, etc)
- Grande altération de l'état général (OMS \geq 3)
- Sepsis
- Pancytopenie ou blastose évocatrice d'hémopathie maligne

De même, cette prise en charge **ne concerne pas** les patients présentant une tumeur localisée sans caractère d'urgence, ni les patients avec antécédents de cancer en cours de surveillance.

Merci de bien informer le patient de la nécessité de venir en consultation avec son dossier médical complet comprenant prises de sang récentes, imageries et ordonnances.

Fait à Le Identité du médecin :

À renvoyer avec l'intitulé **"important - consultation diagnostic rapide"** à l'adresse mail suivante :
secretariat.oncologie@ghm-grenoble.fr