

DEMANDE DE RÉFÉRENCE : DÉPISTAGE DU CANCER DU POUMON

MÉDECIN RÉFÉRANT : _____ N° DE PERMIS : _____

MÉDECIN DE FAMILLE : _____ N° DE PERMIS : _____

INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE : _____ N° DE PERMIS : _____

CENTRE HOSPITALIER / CLINIQUE MÉDICALE : _____

DATE DE LA DEMANDE :

Année									
Mois									
Jour									

CRITÈRES DE RÉFÉRENCE POUR LE PROJET DE DÉMONSTRATION DU DÉPISTAGE DU CANCER DU POUMON

- Être âgé de 55 à 74 ans
- Fumer ou avoir fumé pendant 20 ans ou plus
- Ancien fumeur qui a cessé depuis 15 ans et moins

Tomodensitométrie à faible dose (TAFD) à faire si l'usager répond à tous les critères du projet de dépistage

Télécopier au numéro suivant : Télécopieur : 1-418-656-1321 Téléphone : 1-844-656-4312
courriel : depistagecancerpoumon@ssss.gouv.qc.ca

Signature du médecin / IPS : _____

RÉSERVÉ AU CENTRE DE COORDINATION

- Usager non admissible
- Usager admissible :
 - Accepte de participer au projet
 - Refuse de participer au projet

Lieu du rendez-vous : _____ Date du rendez-vous :

Année									
Mois									
Jour									

Score PLCO : _____
(grille d'évaluation de risque)