



SERVICE D'HÉPATOLOGIE

**Centre de diagnostic pour fibrose et stéatose hépatique
Formulaire de demande de fibroscan**

HEPATOLOGY SERVICE

Center for the Diagnostic of Hepatic Fibrosis and Steatosis
Fibroscan Referral Form

- **Lorsque vous nous faites parvenir cette demande, vous donnez votre consentement pour que nous contactions votre patient pour lui donner un rendez-vous.**

When sending this referral, you consent that we contact your patient to schedule an appointment.

- **SVP faxez votre demande à la centrale des rendez-vous au 514-934-4404**

Please fax your request to the ARC at 514-934-4404

- **Patient nous autorise à accéder à son dossier DSQ si nécessaire.** OUI / YES NON / NO

Patient is giving us his consent to have access to his DSQ if needed

*Voir abréviations ci-dessous / See below for abbreviations

<p>SVP choisir les items qui s'appliquent à votre patient Please select the following items that apply to your patient:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alcoolisme / Alcoholic liver disease <input type="checkbox"/> N° Alcool verres par semaine: _____ / No. Alcohol drinks per week _____ <input type="checkbox"/> Cirrhose / Cirrhosis <input type="checkbox"/> Diabète / Diabetes <input type="checkbox"/> Hypertension / Hypertension <input type="checkbox"/> Hépatite virale / Viral hepatitis <input type="checkbox"/> Obésité / Obesity <input type="checkbox"/> Splénomégalie / Splenomegaly <input type="checkbox"/> Médicament / Medication : _____ <input type="checkbox"/> Autre / Other : _____ 	<p>Pour Stéatose hépatique / SHNA For NAFLD / NASH</p> <p>Obligatoire / Mandatory Résultat Fib-4 / Fib-4 result : _____</p> <ul style="list-style-type: none"> • Referrez pour fibroscan seulement si Fib-4 est 1.3 pour les moins de 60 ans et > que 2.0 pour les > 60 ans • Refer for fibroscan only if Fib-4 > 1.3 for < 60 years and > 2.0 for > 60 years. <p>https://www.hepatitisc.uw.edu/page/clinical-calculators/fib-4</p>
---	--

<p>Présence de stéatose sur images radiologiques/ Radiologic evidences of steatosis</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Non / No <input type="checkbox"/> Oui / Yes Date de l'examen/date of test: _____ <input type="checkbox"/> Echographie / Ultrasound <input type="checkbox"/> Tomodensitométrie / CT-Scan <input type="checkbox"/> IRM / MRI 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Légère / Mild <input type="checkbox"/> Modérée/ Moderate <input type="checkbox"/> Sévère / Severe
---	---

SVP répondez aux questions suivantes / Please answer the following :

<input type="checkbox"/> Biopsie hépatique antérieure / Previous liver biopsy :	<input type="checkbox"/> NON / NO	<input type="checkbox"/> Oui / Yes	F0 - F1 - F2 - F3 - F4
<input type="checkbox"/> Fibroscan antérieur / Previous fibroscan :	<input type="checkbox"/> NON / NO	<input type="checkbox"/> Oui / Yes	Année / year : _____

Examen demandé par / Test requested by:

Médecin / Physician: _____ (Nom en lettres moulées / Name in print) _____ (Signature) _____ (No Permis / Licence No.)

N° Téléphone / Phone No.: _____ **N° Télécopieur / Fax No.:** _____

Légende / Legend : **Fib-4: Pointage Fib-4 / Fibrosis 4 Score, HAI:** Hépatite auto-immune, **SHNA :** Stéatose-Hépatite non-alcoolique, **NAFLD** Non-alcoholic fatty liver disease, **> :** Supérieure à / Greater than , **< :** Moins de / Less than , **IRM / MRI :** Imagerie par résonance magnétique/ Magnetic resonance imaging , **DSQ :** Dossier santé Québec , **ARC :** Appointment and Referral Center