



DT9282

CONSULTATION EN CARDIOLOGIE

Attention : Consulter les alertes cliniques au verso et favoriser les protocoles de l'Accueil clinique (si disponibles) avant de remplir ce formulaire.

Nom et prénom de l'utilisateur			
N° d'assurance maladie		Année	Mois
		Expiration	
Nom et prénom du parent			
Ind. rég.	N° téléphone	Ind. rég.	N° téléphone (autre)
Adresse			
Code postal			

Raison de consultation		Échelle de priorité clinique : A : ≤ 3 jrs B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois				
DRS/Angine	<input type="checkbox"/> Angine d'effort sévère (CCS 3/4) stable <i>Utiliser formulaire d'Accueil clinique si disponible et selon état de l'utilisateur</i>	B	Troubles du rythme	<input type="checkbox"/> Bradycardie asymptomatique avec FC < 40 bpm ou pauses diurnes > 3 secondes documentées	B	
	<input type="checkbox"/> DRS atypique avec facteurs de risque <i>Utiliser formulaire d'Accueil clinique si disponible et selon état de l'utilisateur</i>	C		<input type="checkbox"/> FA de novo FC < 110 bpm au repos <i>(Prérequis : débiter anticoagulothérapie si indiqué)</i> <i>Utiliser formulaire d'Accueil clinique si disponible et selon état de l'utilisateur</i>	C	
	<input type="checkbox"/> DRS typique évoluant depuis > 1 mois ou Angine d'effort (CCS ≤ 2/4) stable <i>Utiliser formulaire d'Accueil clinique si disponible et selon état de l'utilisateur</i>	C		<input type="checkbox"/> TSV ou suspicion de TSV	D	
	<input type="checkbox"/> DRS atypique sans facteur de risque	D		<input type="checkbox"/> Palpitations d'allure bénigne <i>(Prérequis : justifier et Holter souhaitable)</i>	E	
MCAS	<input type="checkbox"/> Suivi post infarctus de moins d'un an	D	Syncope	<input type="checkbox"/> Syncope avec cardiopathie	B	
	<input type="checkbox"/> Suivi post infarctus de plus d'un an <i>(Prérequis : justifier)</i>	E		<input type="checkbox"/> Syncope sans cardiopathie	D	
	<input type="checkbox"/> MCAS sans événement récent <i>(Prérequis : justifier)</i>	E		<input type="checkbox"/> Sténose aortique sévère	C	
Dyspnée/ Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/> Dyspnée d'effort de novo marquée (NYHA = 3/4) ou connue avec détérioration récente	B	Valvulopathie	<input type="checkbox"/> Insuffisance mitrale sévère	C	
	<input type="checkbox"/> Dysfonction ventriculaire de novo (fraction éjection < 50 % si connue)	C				
	<input type="checkbox"/> Dyspnée d'effort inexplicite	D				
	<input type="checkbox"/> Suivi d'insuffisance cardiaque <i>(Prérequis : justifier)</i>	E				
Autre (utiliser cette section pour modifier une priorité ou pour tout autre raison de consultation et justifier) :					Priorité clinique	
Renseignements cliniques pertinents (joindre rapports, médication, etc.)						
Besoins spéciaux :						
Identification du médecin référent et du point de service				Estampe		
Nom du médecin référent			N° de permis			
Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste	Ind. rég.	N° de télécopieur		
Nom du point de service						
Signature				Date (année, mois, jour)		
Médecin de famille : <input type="checkbox"/> Idem au médecin référent <input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille				Référence nominative (si requis)		
Nom du médecin de famille				Si vous désirez une référence à un médecin ou à un point de service en particulier		
Nom du point de service						

Complétion du formulaire	
Ce formulaire doit être utilisé pour la clientèle de 16 ans et plus.	
Identification de l'utilisateur	<ul style="list-style-type: none"> • Inscrire le numéro de téléphone qui permettra au Centre de répartition des demandes de service (CRDS) de confirmer le rendez-vous (RV). • Inscrire le code postal afin de permettre de donner un RV à proximité du domicile de l'utilisateur.
Raison de consultation	<ul style="list-style-type: none"> • Cocher la raison de consultation. • Sinon inscrire la raison de consultation non prévue au formulaire dans la case « Autre » et préciser la priorité clinique.
Priorité clinique	<ul style="list-style-type: none"> • Justifier toute priorité clinique modifiée ou toute autre raison de consultation. <i>Permet au CRDS de connaître le délai maximal pour réaliser la consultation.</i> <i>Délai calculé en jours calendrier (inclus jours fériés et fins de semaine).</i> <i>Vous serez informé de toute priorité ne pouvant être respectée.</i>
Renseignements cliniques pertinents	<ul style="list-style-type: none"> • Inscrire toutes les informations justifiant la priorité clinique ou sa modification. • Acheminer au CRDS tous les prérequis (rapports ou analyses) nécessaires pour la consultation. • Joindre la liste de médicaments. • Besoins spéciaux : Inscrire les besoins particuliers tels que : interprète, déplacement en fauteuil roulant ou autre.
Identification du médecin référent et du point de service	Remplir cette section afin que le rapport de consultation vous soit acheminé au bon point de service.
Référence nominative	Il est possible que le délai ne soit pas respecté si le médecin demandé n'est pas disponible. Le CRDS communiquera alors avec vous afin de convenir d'une solution alternative.
Formulaire	<ul style="list-style-type: none"> • Acheminer par télécopieur le formulaire à votre CRDS. • Ne pas remettre de copie du formulaire à l'utilisateur.

Alertes cliniques (liste non exhaustive)
Diriger l'utilisateur à l'urgence
<ul style="list-style-type: none"> • Syndrome coronarien aigu suspecté, angine de repos • Insuffisance cardiaque décompensée • Fibrillation auriculaire rapide ≥ 110 bpm au repos ou mal tolérée • Syncope brutale (sans prodrome) • Bradycardie symptomatique avec FC < 40 bpm ou pauses diurnes > 3 secondes documentées