



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				
<b>Autre</b> (utiliser cette section pour modifier une priorité ou pour tout autre raison de consultation et justifier) :					Priorité clinique	
<b>Renseignements cliniques pertinents</b> (joindre rapports, médication, etc.)						
<b>Besoins spéciaux :</b>						
<b>Identification du médecin référent et du point de service</b>				<b>Estampe</b>		
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						
<b>Signature</b>				Date (année, mois, jour)		
<b>Médecin de famille :</b> <input type="checkbox"/> Idem au médecin référent <input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille				<b>Référence nominative (si requis)</b>		
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						

<b>Complétion du formulaire</b>	
<b>Ce formulaire doit être utilisé pour la clientèle de 16 ans et plus.</b>	
<b>Identification de l'utilisateur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inscrire le numéro de téléphone qui permettra au Centre de répartition des demandes de service (CRDS) de confirmer le rendez-vous (RV).</li> <li>• Inscrire le code postal afin de permettre de donner un RV à proximité du domicile de l'utilisateur.</li> </ul>
<b>Raison de consultation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cocher la raison de consultation.</li> <li>• Sinon inscrire la raison de consultation non prévue au formulaire dans la case « Autre » et préciser la priorité clinique.</li> </ul>
<b>Priorité clinique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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></li> </ul>
<b>Renseignements cliniques pertinents</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inscrire toutes les informations justifiant la priorité clinique ou sa modification.</li> <li>• Acheminer au CRDS tous les prérequis (rapports ou analyses) nécessaires pour la consultation.</li> <li>• Joindre la liste de médicaments.</li> <li>• Besoins spéciaux : Inscrire les besoins particuliers tels que : interprète, déplacement en fauteuil roulant ou autre.</li> </ul>
<b>Identification du médecin référent et du point de service</b>	Remplir cette section afin que le rapport de consultation vous soit acheminé au bon point de service.
<b>Référence nominative</b>	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.
<b>Formulaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acheminer par télécopieur le formulaire à votre CRDS.</li> <li>• Ne pas remettre de copie du formulaire à l'utilisateur.</li> </ul>

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