



EST10011

N° Dossier : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de la mère : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

NAM : \_\_\_\_\_

Expiration : \_\_\_\_\_

## RÉFÉRENCE À L'ACCUEIL CLINIQUE CEMTL - SUSPICION D'ANGINE D'EFFORT (TYPIQUE OU ATYPIQUE AVEC FACTEURS DE RISQUE) ÉVOLUANT DEPUIS > 1 MOIS

**À compléter par le médecin requérant ou l'infirmière praticienne spécialisée (IPS)**

**Critères d'inclusion :**

- Répondre aux critères d'admissibilité de l'accueil clinique
- Suspicion de la présence d'angine d'effort (typique ou atypique avec facteurs de risque) évoluant depuis >1 mois

Examen	Indication	Contre-indication (CI)
<input type="checkbox"/> Épreuve d'effort	- 1 <sup>er</sup> choix sauf si contre-indication (la priorisation des EE sera établie selon l'outil d'aide à la décision)	- Incapacité physique ou fonctionnelle - Bloc de branche gauche complet - Wolff-Parkinson-White - Trouble majeur de la repolarisation (PMP, digoxin)
<input type="checkbox"/> MIBI persantin	- Incapacité physique et fonctionnelle à l'EE - Contre-indication à l'EE	- Si asthme sévère cortico-dépendant : nucléiste pourrait modifier l'examen en MIBI dobutamine - ATCD d'AVC ou sténose carotidienne sévère <1 mois

**À noter que si le patient rencontre des contre-indications aux 2 examens, l'infirmière de l'Accueil clinique discutera du cas avec le cardiologue de garde pour avis**

<b>Critères d'exclusion :</b> <b>(diriger à l'urgence)</b>	- État clinique jugé trop instable pour une prise en charge en 72h - Palpitations de novo depuis référence - Dyspnée augmentée (au repos ou lors d'effort minime) - FC > 120/min, SpO <sub>2</sub> ≤ 92 %, FR > 22/min - TA >180/110 mmHg	- Douleur angineuse suspecte : Au repos, ET/OU non soulagée par la prise de nitro S/L à 3 reprises pour le même épisode de douleur, ET/OU d'une durée de plus de 20 min. - Classes 3 et 4 selon la classification de l'angine de la société canadienne de cardiologie (CCS)
---	---	--

**Précision aux critères d'exclusion :** tout usager déjà connu en cardiologie avec suivi actif doit être dirigé vers son spécialiste

**Renseignements cliniques :** \_\_\_\_\_

**Identification du médecin requérant ou de l'infirmière praticienne spécialisée (IPS)**

Nom et prénom du md / IPS (lettres moulées) : \_\_\_\_\_

# permis obligatoire : \_\_\_\_\_ Clinique : \_\_\_\_\_

No de téléphone pour les prochaines 72 heures : \_\_\_\_\_

No de télécopieur : \_\_\_\_\_

J'ai remis une ordonnance au patient (facultatif) (Réf : Guide de prescription sur le site web)

J'accepte que les procédures diagnostiques incluses dans l'ordonnance individuelle préformatée (OIP-CEMtl-00023) soient appliquées.

Signature (Md, Rés, IPS) :  Date et heure :  /

(aa/mm/jj) (hh/mm)

Md / IPS qui accepte de faire le suivi de l'épisode de soins (SI DIFFÉRENT) :

Nom et prénom du Md / IPS (lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Joignable pour les prochaines 72 heures au : \_\_\_\_\_

**VEUILLEZ TELECOPIER CE FORMULAIRE AU 514 252-3845. Pour les urgentologues et spécialistes de deux installations hospitalières, l'envoi de formulaires informatisés/automatisés via eclinibase est possible. Pour joindre l'Accueil clinique, composez le : 514 252-3400, poste 5821**