

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal

Québec



- HMR     LT  
 HSCO     PDI  
 IUSMM     SLISM  
 CPMCS



OP00023

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

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de la mère : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

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

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

**OIP-CEMTL-00023 - SUSPICION D'ANGINE D'EFFORT (TYPIQUE OU ATYPIQUE AVEC FACTEURS DE RISQUE) ÉVOLUANT DEPUIS > 1 MOIS - ACCUEIL CLINIQUE**

Poids \_\_\_\_\_ Kg    Taille \_\_\_\_\_ cm    Allergie(s) : \_\_\_\_\_    Intolérance(s) : \_\_\_\_\_

**BILAN SANGUIN** (À jeûn 12 h si possible, à réaliser d'ici 72 heures)

**HÉMATOLOGIE**

- FSC
- PTT-INR

**BIOCHIMIE**

- Créatinine
- Hba1C
- Bilan lipidique
- Troponine
- Si troponine **positive** : diriger l'utilisateur à l'urgence

**ÉPREUVES DIAGNOSTIQUES**

- ECG (à réaliser d'ici 72 heures)
- Puis, un des examens suivants selon les recommandations du cardiologue sur l'ECG (à réaliser d'ici 28 jours) :

EXAMEN	INDICATION(S)	CONTRE-INDICATION(S)
Épreuve d'effort	- Capacité physique et fonctionnelle	- Incapacité physique ou fonctionnelle - Hypertrophie ventriculaire gauche - Bloc de branche - Wolff-Parkinson-White - Trouble majeur de la repolarisation (pacemaker, prise de digoxin)
MIBI persantin	- Incapacité physique ou fonctionnelle	- Asthme sévère cortico-dépendant - ATCD d'AVC ou sténose carotidienne sévère
MIBI dobutamine Échographie dobutamine	- Incapacité physique ou fonctionnelle	- Hypertension artérielle non-contrôlée - Arythmie non-contrôlée
MIBI d'effort Échographie à l'effort	- Hypertrophie ventriculaire gauche - Bloc de branche - Wolff-Parkinson-White - Trouble majeur de la repolarisation (pacemaker, prise de digoxin)	- Incapacité physique ou fonctionnelle

**CONSULTATION EN CARDIOLOGIE**

- Si épreuve d'effort demandée : à réaliser le jour même de l'examen
- Si autre examen demandé : à réaliser d'ici 7 jours suite à cet examen

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin/prescripteur

\_\_\_\_\_  
# permis

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Heure

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES