



EST10011

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

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de la mère : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

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

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

## RÉFÉRENCE À L'ACCUEIL CLINIQUE HMR - 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

**↓ Cocher tous les examens appropriés à la condition du patient (épreuve d'effort sera privilégiée)**

| Examen  | Indication  | Contre-indication (CI)  |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Épreuve d'effort<br>(1 <sup>er</sup> choix sauf si CI) | - Selon recommandation du cardiologue sur l'ECG   | - Incapacité physique ou fonctionnelle<br>- Hypertrophie ventriculaire gauche<br>- Bloc de branche - Wolff-Parkinson-White<br>- Trouble majeur de la repolarisation (pacemaker, prise de digoxin) |
| <input type="checkbox"/> MIBI persantin   | - Incapacité physique et fonctionnelle<br>- Selon recommandation du cardiologue sur l'ECG   | - Asthme sévère cortico-dépendant<br>- ATCD d'AVC ou sténose carotidienne sévère  |
| <input type="checkbox"/> MIBI dobutamine  | - Incapacité physique et fonctionnelle  | - Hypertension artérielle non-contrôlée   |
| <input type="checkbox"/> Échographie dobutamine                                 | - Selon recommandation du cardiologue sur l'ECG   | - Arythmie non-contrôlée  |
| <input type="checkbox"/> MIBI d'effort  | - Hypertrophie ventriculaire gauche<br>- Bloc de branche - Wolff-Parkinson-White<br>- Trouble majeur de la repolarisation (pacemaker, prise de digoxin) | Incapacité physique ou fonctionnelle  |
| <input type="checkbox"/> Échographie à l'effort                                 | - Selon recommandation du cardiologue sur l'ECG   |   |

**Critères d'exclusion** - État clinique jugé trop instable pour une prise en charge en 72h - 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.  
- Palpitations de novo depuis référence  
- Dyspnée augmentée (au repos ou lors d'effort minime) - Classes 3 et 4 selon la classification de l'angine de la société canadienne de cardiologie (CCS)  
**(diriger à l'urgence) :** - TAS > 180/110 mm Hg, FC > 120/min, SpO<sub>2</sub> ≤ 92 %, FR > 22/min

**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 24 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 du médecin / IPS : \_\_\_\_\_ Date et heure : \_\_\_\_\_

 Md / IPS qui accepte de faire le suivi de l'épisode de soins (SI DIFFÉRENT) : \_\_\_\_\_ (aa/mm/jj)

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

Joignable pour les prochaines 24 heures au : \_\_\_\_\_

**VEUILLEZ TELECOPIER CE FORMULAIRE AU 514 252-3845  
Pour joindre l'Accueil clinique, composez le : 514 252-3400, poste 5821**