

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

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



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)

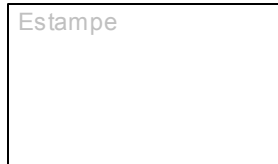
Examen	Indication	Contre-indication (CI)
<input type="checkbox"/> Épreuve d'effort (1 ^{er} choix sauf si CI)	- Selon recommandation du cardiologue sur l'ECG	- Incapacité physique ou fonctionnelle - Hypertrophie ventriculaire gauche - Bloc de branche - Wolff-Parkinson-White - Trouble majeur de la repolarisation (pacemaker, prise de digoxin)
<input type="checkbox"/> MIBI persantin	- Incapacité physique et fonctionnelle - Selon recommandation du cardiologue sur l'ECG	- Asthme sévère cortico-dépendant - 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 - Bloc de branche - Wolff-Parkinson-White - 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, SpO2 ≤ 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 : _____



NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

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