



EST10006

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

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de la mère : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

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

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

## RÉFÉRENCE À L'ACCUEIL CLINIQUE CEMTL SUSPICION DE FIBRILLATION AURICULAIRE DE NOVO DE PLUS DE 48 HEURES

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

<b>Critères d'inclusion :</b> - Répondre aux critères d'admissibilité de l'accueil clinique - Suspicion de FA de novo de plus de 48 heures	<b>Score CHADS 2 (risque embolique) :</b> <b>C</b> Insuff. cardiaque      1 point <b>H</b> HTA                              1 point <b>A</b> Âge 75 ans et plus      1 point <b>D</b> Diabète                        1 point <b>S2</b> ATCD ICT / AVC        2 points <b>Total : _____</b>	<b>Score HAS-BLED (risque hémorragique) :</b> HTA                              1 point Ins. Rénale                    1 point Ins. Hépatique                1 point ATCD AVC                      1 point ATCD de saignement        1 point RNI labile                       1 point Âge 65 ans et plus            1 point Abus d'alcool                 1 point Abus de drogues              1 point <b>Total : _____</b>
	<b>Interprétation du score selon risque AVC/an :</b> 0 pts : 1,9 %      3 pts : 18,2 % 1 pt : 2,8 %      4 pts : 5,9 % 2 pts : 4 %        5 pts : 8,5 % 6 pts : 12,5 %	
<b>Si score de plus de 3 points :</b> 3,74 % risque hémorragique/an (haut risque)		

**Critères d'exclusion (diriger à l'urgence) :**

- |  |                           |  |
|--|---------------------------|--|
| - État clinique jugé trop instable pour une prise en charge en 72h | - TAS à 90 mm Hg et moins | - Angine au repos                              |
| - FA de moins de 48 heures   | - Syncope ou lipothymie   | - ATCD d'embolie artérielle ou AVC/ICT         |
| - FC de 140/minute et plus   | - Dyspnée au repos        | - Porteur d'une prothèse valvulaire métallique |

**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-00029) soient appliquées.

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