

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

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

Québec



EST10006

N° Dossier : _____ Date de naissance : _____ Sexe : _____
 Nom, Prénom : _____
 Nom de la mère : _____
 Adresse : _____
 Téléphone : _____
 NAM : _____ Expiration : _____

**RÉFÉRENCE À L'ACCUEIL CLINIQUE HMR
 SUSPICION DE FIBRILLATION AURICULAIRE DE NOVO DE PLUS DE 48 HEURES**

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 FA de novo de plus de 48 heures	Score CHADS 2 (risque embolique) : C Insuff. cardiaque 1 point H HTA 1 point A Âge 75 ans et plus 1 point D Diabète 1 point S2 ATCD ICT / AVC 2 points Total : _____	Score HAS-BLED (risque hémorragique) : 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 Total : _____
	Interprétation du score selon risque AVC/an : 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 %	Si score de plus de 3 points : 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 - FA de moins de 48 heures - FC de 140/minute et plus	- TAS à 90 mm Hg et moins - Syncope ou lipothymie - Dyspnée au repos	- Angine au repos - ATCD d'embolie artérielle ou AVC/ICT - Porteur d'une prothèse valvulaire métallique
---	--	---

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-00029) 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**

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES