



DT9003

Exp.

/

DEMANDE DE SERVICE - ÉLECTROPHYSIOLOGIE

Sections réservées au médecin référent

Date de demande de service	Année	Mois	Jour
----------------------------	-------	------	------

Usager (informations supplémentaires)

N° de dossier de l'établissement référent	N° de dossier à l'établissement ou l'utilisateur est référé (si connu)	N° téléphone secondaire	Ind. rég.
---	--	-------------------------	-----------

Référent

Nom de l'établissement	Site	
Médecin référent	Spécialité	N° de permis

Informations de base

Provenance de l'usager : Domicile Transfert (hospitalisé au CH référent) Hospitalisé – interne Urgence - interne

Unité de soins : _____

Lors d'un transfert, personne à contacter dans l'établissement référent	Ind. rég.	N° téléphone	N° de poste	Ind. rég.	N° télécopieur
---	-----------	--------------	-------------	-----------	----------------

Courriel	Code non nominatif (si télécopieur)
----------	-------------------------------------

Date(s) de non-disponibilités : Du	Année	Mois	Jour	Au	Année	Mois	Jour	Raison
------------------------------------	-------	------	------	----	-------	------	------	--------

Infection	<input type="checkbox"/> SARM ¹⁺ <input type="checkbox"/> ERV ²⁺ <input type="checkbox"/> Autre : _____	Toxicomanie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
------------------	---	--------------------	---

Étude électrophysiologique antérieure

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date	Lieu
---	------	------

Consentement à l'échange d'informations	<input type="checkbox"/> Signé <input type="checkbox"/> Non signé
--	---

Motif de la demande

<input type="checkbox"/> Primo procédure	<input type="checkbox"/> Reprise										
<input type="checkbox"/> Étude diagnostique	<input type="checkbox"/> Table basculante	<input type="checkbox"/> Cardioversion interne	<input type="checkbox"/> Cardioversion externe	<input type="checkbox"/> Test de défibrillateur	<input type="checkbox"/> Moniteur implantable						
Cardiostimulateur	<input type="checkbox"/> Simple	<input type="checkbox"/> Double	<input type="checkbox"/> Biventriculaire	<input type="checkbox"/> Nouvelle implantation	<input type="checkbox"/> Remplacement électrode	<input type="checkbox"/> Remplacement boîtier	<input type="checkbox"/> Rehaussement	<input type="checkbox"/> Ablation	<input type="checkbox"/> NAV complète	<input type="checkbox"/> Veines pulmonaires	<input type="checkbox"/> Transeptale
Défibrillateur	<input type="checkbox"/> Simple	<input type="checkbox"/> Double	<input type="checkbox"/> Biventriculaire	<input type="checkbox"/> Repositionnement électrode	<input type="checkbox"/> Repositionnement boîtier	<input type="checkbox"/> Extraction électrode	<input type="checkbox"/> Exérèse	<input type="checkbox"/> Adulte (≥ 18 ans)	<input type="checkbox"/> Pédiatrique (< 18 ans ou < 30 kg)	<input type="checkbox"/> Écho intra cardiaque	<input type="checkbox"/> Cartographie 3D
Dépendance : <input type="checkbox"/> < 30/min.	<input type="checkbox"/> < 40/min.	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Anesthésie générale								
<input type="checkbox"/> Autre _____	Référé : <input type="checkbox"/> Au service <input type="checkbox"/> Dr _____										

¹ SARM : Infection à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline – ² ERV : Infection à Entérocoque résistant à la vancomycine

Informations cliniques												
Cardiaque												
Classification d'insuffisance cardiaque (NYHA) : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4												
Infarctus du myocarde : <input type="checkbox"/> Aigu <input type="checkbox"/> < 1 semaine <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> > 3 mois												
Arythmie potentiellement maligne	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Instabilité hémodynamique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Arythmie récidivante	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Mort subite	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Arythmie ventriculaire maligne	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Pause nocturne	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	B.B.D.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Prophylaxie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
B.B.G.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Réentrée nodale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Bloc A.V. 1 ^{er} degré	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Stimulateur endoveineux temporaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Bloc A.V. 2 ^e degré	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Syncope	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Bloc A.V. 3 ^e degré	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Tachycardie auriculaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Cardiopathie congénitale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	T.S.V.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Fibrillation auriculaire rapide	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	T.V.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Flutter auriculaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	W.P.W.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non							
Insuffisance valvulaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui : <input type="checkbox"/> Aortique <input type="checkbox"/> Mitrale <input type="checkbox"/> Pulmonaire <input type="checkbox"/> Tricuspidienne												
Sténose valvulaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui : <input type="checkbox"/> Aortique <input type="checkbox"/> Mitrale <input type="checkbox"/> Pulmonaire <input type="checkbox"/> Tricuspidienne												
Prothèse valvulaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui : <input type="checkbox"/> Aortique <input type="checkbox"/> Mitrale <input type="checkbox"/> Pulmonaire <input type="checkbox"/> Tricuspidienne												
Fraction d'éjection : <input type="checkbox"/> Inconnue _____ % Source : <input type="checkbox"/> Échographie <input type="checkbox"/> Angiographie <input type="checkbox"/> Méthode isotopique												
Scintigraphie myocardique-Ischémie antérieure ou plusieurs zones ischémiques : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non												
Tracé d'arythmie disponible : <input type="checkbox"/> Oui (à envoyer) <input type="checkbox"/> Non												
Médication												
	À cesser	Jour(s) à l'avance		À cesser	Jour(s) à l'avance		À cesser	Jour(s) à l'avance		À cesser	Jour(s) à l'avance	
<input type="checkbox"/> ASA (Aspirine)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> Clopidogrel (Plavix)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> Propafenone (Rythmol)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
<input type="checkbox"/> Amiodarone (Cordarone)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> Digitale	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> Quinidine	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
<input type="checkbox"/> Bêta-bloqueur	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> Disopyramide (Rythmodan)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> Sotalol (Sotacor)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
<input type="checkbox"/> Bloquant calcique	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> Flecainide (Tambocor)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> Warfarine (Coumadin)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
<input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/>	_____				INR : _____						
Métabolique												
Créatinine : _____ µmol/L												
Diabète : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui : <input type="checkbox"/> Traité avec diète <input type="checkbox"/> Traité avec hypoglycémifiants oraux <input type="checkbox"/> Traité avec insuline												
Maladie vasculaire						Allergie						
AVC antérieur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						<input type="checkbox"/> Iode <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Pénicilline <input type="checkbox"/> Autre : _____						
Remarque												
Résumé de dossier médical												
<input type="checkbox"/> Inclus <input type="checkbox"/> Suivra												
Médecin référant	Nom (en lettres moulées)				Signature				Date	Année	Mois	Jour

(1) CMQ : Collège des médecins du Québec

(2) RQCT : Réseau québécois de cardiologie tertiaire

(3) NA : Non applicable



DT9003

DEMANDE DE SERVICE - ÉLECTROPHYSIOLOGIE

Sections réservées au médecin référant

Accessibilité en électrophysiologie - classification par priorité (CMQ⁽¹⁾ - RQVT⁽²⁾)

Localisation usager	Procédure	Information clinique - cardiaque	Priorité	Délais
Usager hospitalisé, à l'urgence ou transfert interétablissement		Instabilité hémodynamique	1	< 24 heures
		Stimulateur endoveineux temporaire	1	< 24 heures
		Les usagers hospitalisés en raison d'un des diagnostics ou autres symptômes de gravité apparaissant sous la section « Information clinique - cardiaque »	2	< = 48 heures
Usager à domicile	Cardiostimulateur/défibrillateur			
	● Nouvelle implantation Sans dépendance		3	< = 2 semaines
	● Remplacement électrode ou boîtier Avec dépendance		3	< = 2 semaines
	● Repositionnement électrode ou boîtier Avec dépendance		3	< = 2 semaines
	● Extraction d'électrode		4	< = 4 semaines
	● Remplacement électrode ou boîtier Sans dépendance		4	< = 4 semaines
	● Repositionnement électrode ou boîtier Sans dépendance		4	< = 4 semaines
	● Rehaussement		4	< = 4 semaines
	● Exérèse		4	< = 4 semaines
	Ablation	Fibrillation auriculaire rapide	3	< = 2 semaines
	Ablation	Arythmie potentiellement maligne	3	< = 2 semaines
	Ablation	Arythmie récidivante	4	< = 4 semaines
	Ablation	Wolf-Parkinson-White	4	< = 4 semaines
	Ablation	Syncope	4	< = 4 semaines
	Ablation	Reprise	4	< = 4 semaines
	Test de défibrillateur		3	< = 2 semaines
	Moniteur implantable		4	< = 4 semaines
	Étude diagnostique		4	< = 4 semaines
	Cardioversion interne		5	< = 3 mois
	Cardioversion externe		5	< = 3 mois
Ablation	(sans autre spécification)	5	< = 3 mois	
Table basculante		5	< = 3 mois	

Classification d'insuffisance cardiaque (NYHA)⁽³⁾

Classe	Description
Classe 1	Aucune limitation des activités physiques.
Classe 2	Limitation légère des activités physiques. Les activités ordinaires causent de la fatigue, palpitations, dyspnée ou angine.
Classe 3	Limitation marquée des activités physiques. Les activités physiques moindres qu'ordinaires causent de la fatigue, palpitations, dyspnée ou angine.
Classe 4	Inhabileté à faire quelque activité physique sans inconfort. Les symptômes peuvent être présents au repos.

(1) CMQ : Collège des médecins du Québec

(2) RQCT : Réseau québécois de cardiologie tertiaire

(3) NYHA : New York Heart Association

(Source MSSS - AH-514)

Exp.

/