



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 où l'usager est référé (si connu)	N° téléphone en cas d'urgence	Ind. rég.	

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

Informations de base					
Provenance de l'usager :		<input type="checkbox"/> Domicile	<input type="checkbox"/> Transfert (hospitalisé au CH référent)	Unité de soins : _____	
		<input type="checkbox"/> Hospitalisé – interne	<input type="checkbox"/> Urgence – interne		
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-disponibilité :		Année	Mois	Jour	Raison
Du					Au

Infection	Toxicomanie
<input type="checkbox"/> SARM ¹ + <input type="checkbox"/> ERV ² + <input type="checkbox"/> Autre : _____	<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	Ablation
<input type="checkbox"/> Simple	<input type="checkbox"/> NAV complète
<input type="checkbox"/> Double	<input type="checkbox"/> Veines pulmonaires
<input type="checkbox"/> Biventriculaire	<input type="checkbox"/> Adulte (≥ 18 ans)
<input type="checkbox"/> Simple	<input type="checkbox"/> Pédiatrique (< 18 ans ou < 30 kg)
<input type="checkbox"/> Double	
<input type="checkbox"/> Biventriculaire	
Défibrillateur	
<input type="checkbox"/> Simple	
<input type="checkbox"/> Double	
<input type="checkbox"/> Biventriculaire	
<input type="checkbox"/> Nouvelle implantation	<input type="checkbox"/> Transeptale
<input type="checkbox"/> Remplacement électrode	<input type="checkbox"/> Écho intra cardiaque
<input type="checkbox"/> Remplacement boîtier	<input type="checkbox"/> Cartographie 3D
<input type="checkbox"/> Rehaussement	
<input type="checkbox"/> Repositionnement électrode	
<input type="checkbox"/> Repositionnement boîtier	
<input type="checkbox"/> Extraction électrode	
<input type="checkbox"/> Exérèse	
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

Identification de l'utilisateur

Nom et prénom

Informations cliniques
Cardiaque
Classification d'insuffisance cardiaque (NYHA) : 1 2 3 4

Infarctus du myocarde : Aigu < 1 semaine < 3 mois > 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 : Oui Non Si oui : Aortique Mitrale Pulmonaire Tricuspidienne

Sténose valvulaire : Oui Non Si oui : Aortique Mitrale Pulmonaire Tricuspidienne

Prothèse valvulaire : Oui Non Si oui : Aortique Mitrale Pulmonaire Tricuspidienne

Fraction d'éjection : Inconnue _____ % **Source :** Échographie Angiographie Méthode isotopique

Scintigraphie myocardique – Ischémie antérieure ou plusieurs zones ischémiques : Oui Non

Tracé d'arythmie disponible : Oui (à envoyer) Non

Médication

	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"/> Amiodarone (Cordarone)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> Digitale	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> Quinidine	<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"/> Bloquant calcique	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> Flecainide (Tambocor)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> Warfarine (Coumadin)	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/>	_____				INR : _____		

Métabolique
Créatinine : _____ µmol/L

Diabète : Oui Non Si oui : Traité avec diète Traité avec hypoglycémifiants oraux Traité avec insuline

Maladie vasculaire

 AVC antérieur : Oui Non

Allergie
 Iode Latex Pénicilline Autre : _____

Remarque
Résumé de dossier médical

 Inclus Suivra
**Médecin
réfèrent**

Nom (en lettres moulées)

Signature

Date

Année Mois Jour

Accessibilité en électrophysiologie – classification par priorité (CMQ ⁽¹⁾ – RQCT ⁽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	2.1	< 48 heures
			Autres usagers hospitalisés	2.2	< 72 heures
Usager à domicile	Cardiostimulateur/défibrillateur				
	• Cardiostimulateur (simple-double-biventriculaire)	Semi-urgent		3	< = 2 semaines
	• Cardiostimulateur (simple-double-biventriculaire)	Électif		5.1	< = 8 semaines
	• Cardiostimulateur (biventriculaire)		Insuffisance card. décompensée	3	< = 2 semaines
	• Défibrillateur (simple-double-biventriculaire)	Prévention primaire		5.1	< = 8 semaines
	• Défibrillateur (simple-double-biventriculaire)	Prévention secondaire		3	< = 2 semaines
	• Défibrillateur (biventriculaire)		Insuffisance card. décompensée	3	< = 2 semaines
	• Remplacement sonde ou boîtier	Avec dépendance		3	< = 2 semaines
	• Repositionnement sonde ou boîtier	Avec dépendance		3	< = 2 semaines
	• Remplacement sonde ou boîtier	Sans dépendance		4	< = 4 semaines
	• Repositionnement sonde ou boîtier	Sans dépendance		4	< = 4 semaines
	• Rehaussement			4	< = 4 semaines
	• Exérèse complète – Extraction de sonde			4	< = 4 semaines
	Ablation		Fibrillation auriculaire rapide	3	< = 2 semaines
	Ablation		Arythmie potentiellement maligne	3	< = 2 semaines
	Ablation	Reprise		4	< = 4 semaines
	Ablation		Arythmie récidivante	4	< = 4 semaines
	Ablation		Wolf-Parkinson-White	4	< = 4 semaines
	Ablation		Syncope, TV cicatricielle	4	< = 4 semaines
	Ablation		Primaire de FA	5.2	< = 12 semaines
	Ablation		(sans autre spécification)	5.2	< = 12 semaines
	Test de défibrillateur			3	< = 2 semaines
	Moniteur implantable			4	< = 4 semaines
Étude diagnostique			4	< = 4 semaines	
Table basculante			5.2	< = 12 semaines	

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