



DT9001

Exp.

/

DEMANDE DE SERVICE - CHIRURGIE CARDIAQUE

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'usager 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
------------------------------------	-------	------	------	----	-------	------	------	--------

Données anthropométrique et autres

Poids (kg)	Taille (m)	Groupe sanguin : _____	<input type="checkbox"/> Transfusion autologue	<input type="checkbox"/> Aucune transfusion permise	Dents naturelles : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Visite dentaire < 6 mois : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
------------	------------	------------------------	--	---	--	--

Infection

SARM¹⁺ ERV²⁺ Autre : _____

Cathétérisme antérieur

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

Consentement à l'échange d'informations Signé Non signé

Motif de la demande

Maladie coronarienne : Tronc commun 3 vaisseaux 2 vaisseaux 1 vaisseau

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

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

Autres : Congénitale Cardiomyopathie Aorte thoracique Stimulateur cardiaque

Autre : _____

Référé : Au service Dr. _____

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

Informations cliniques			
Cardiaque			
Classification fonctionnelle (RQCT) : <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV-A <input type="checkbox"/> IV-B <input type="checkbox"/> IV-C1 <input type="checkbox"/> IV-C2			
Classification d'insuffisance cardiaque (NYHA) : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4			
Fraction d'éjection : <input type="checkbox"/> Inconnue _____ % Source : <input type="checkbox"/> Échocardiographie <input type="checkbox"/> Angiographie <input type="checkbox"/> Méthode isotopique			
Infarctus du myocarde : <input type="checkbox"/> Aigu <input type="checkbox"/> < 1 semaine <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> > 3 mois			
Ballon intra-aortique : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Diabète : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui : <input type="checkbox"/> Traité avec diabète <input type="checkbox"/> Traité avec hypoglycémiant oraux <input type="checkbox"/> Traité avec insuline			
Varices aux membres inférieurs : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Saphénectomie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui : <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Bilatérale			
Médication			
ASA (Aspirine) <input type="checkbox"/> - Si cessé, date : _____		Plavix <input type="checkbox"/> - Si cessé, date : _____	
		Héparine : <input type="checkbox"/> standard <input type="checkbox"/> fractionnée	
<input type="checkbox"/> Antagonistes des récepteurs GP IIB IIA - Si cessés, date et heure : _____			
<input type="checkbox"/> Coumadin - si cessé, date : _____		<input type="checkbox"/> Autre : _____	
Allergie			
<input type="checkbox"/> Pénicilline <input type="checkbox"/> Iode <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Autre : _____			
Chirurgie (s) proposée (s)			
Pontage aorto-coronarien : <input type="checkbox"/> x1 <input type="checkbox"/> x2 <input type="checkbox"/> x3 <input type="checkbox"/> x4 <input type="checkbox"/> x5 <input type="checkbox"/> x6 <input type="checkbox"/> PMC x1 <input type="checkbox"/> PMC x2 <input type="checkbox"/> PRC dr <input type="checkbox"/> PRC g			
<input type="checkbox"/> Remplacement valvulaire : <input type="checkbox"/> Mitrale <input type="checkbox"/> Aortique <input type="checkbox"/> Tricuspidienne			
<input type="checkbox"/> Plastie valvulaire : <input type="checkbox"/> Mitrale <input type="checkbox"/> Aortique <input type="checkbox"/> Tricuspidienne			
Reprise : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> CEC <input type="checkbox"/> Coeur battant <input type="checkbox"/> Autre : _____			
Remarque			Résumé de dossier médical
			<input type="checkbox"/> Inclus <input type="checkbox"/> Suivra
Priorité (RQCT)			
Médecin référent		Date	
Nom (en lettres moulées)		Signature	
		Année Mois Jour	
INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES ET AUTRES FACTEURS DE RISQUE			
Cardiaque			
<input type="checkbox"/> Arythmie ventriculaire maligne <input type="checkbox"/> Bloc A.V. <input type="checkbox"/> Choc cardiogénétique <input type="checkbox"/> Complication d'angioplastie			
<input type="checkbox"/> Endocardite active <input type="checkbox"/> Fibrillation auriculaire cardiaque rapide <input type="checkbox"/> Autre : _____			
Maladie vasculaire			
Maladie cérébro-vasculaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		AVC : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Métabolique			
HTA traitée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Créatinine : _____ µmol/L	
		Dialyse : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Bilan lipidique : Cholestérol total _____ mmol/L HDL _____ mmol/L LDL _____ mmol/L			
Triglycérides _____ mmol/L			
Pulmonaire			
Fumeur actif : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Asthme : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		Intubation trachéale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
MPOC : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		VEMS _____ L	
		Hypertension pulmonaire (moyenne > 30 mm Hg) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nom		Titre	
		Signature	
		Date	
		Année Mois Jour	



DT9001

Exp.

/

DEMANDE DE SERVICE - CHIRURGIE CARDIAQUE

Sections réservées au médecin référant

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

Diagnostic	Priorité	Délais
Syndrome coronarien aigu : Syndrome valvulaire aigu : Syndrome vasculaire aigu :	<ul style="list-style-type: none"> • hémodynamiquement instable • arythmie maligne • hémodynamiquement instable • anévrisme disséquant • hémodynamiquement instable 	1 (très urgente) < = 24 heures
Syndrôme coronarien ou valvulaire aigu :	<ul style="list-style-type: none"> • réfractaire au traitement médical optimal par voie intraveineuse • atteinte sévère au tronc commun 	2 (urgente) < = 72 heures
Syndrôme coronarien aigu stabilisé : Syndrome coronarien non-aigu : Syndrome valvulaire sévère :	<ul style="list-style-type: none"> • état précaire • sous contrôle médical • <i>À moins de raisons exceptionnelles, usager sous thérapie parentérale</i> • classe fonctionnelle 4 • état précaire • hémodynamiquement stable • sous contrôle médical optimal • NYHA IV • <i>Usager hospitalisé, à qui on ne peut donner son congé sans qu'il ait été opéré</i> 	3 (semi-urgente) < = 2 semaines
Syndrome coronarien non-aigu : Syndrome valvulaire stable :	<ul style="list-style-type: none"> • classe fonctionnelle 3 • NYHA III • <i>Usager non-hospitalisé</i> 	4 (semi-électif) < = 6 semaines
Autres situations		5 (électif) < = 3 mois

Classification fonctionnelle (CMQ⁽¹⁾ - RQVT⁽²⁾)

Classe	Description
I	Asymptomatique ou limitation apparaissant aux efforts violents, prolongés ou inhabituels.
II	Limitation légère lors d'activité régulière. La limitation peut survenir à la marche ou à la montée d'escaliers.
III	Limitation marquée lors des activités régulières.
IV-A	Limitation grave ou état instable maintenant stabilisé avec une médication orale.
IV-B	Limitation grave ou état instable. La limitation persiste lors d'activités légères ou au repos malgré le traitement médical optimal. Ne nécessite pas de thérapie intraveineuse.
IV-C1	Limitation grave ou état instable réfractaire médical optimal et nécessitant une thérapie intraveineuse.
IV-C2	Limitation grave ou état instable nécessitant une thérapie intraveineuse et demeurant en instabilité hémodynamique ou rythmique malgré celle-ci. Inclut aussi l'angioplastie primaire et sauvetage dans l'infarctus du myocarde ainsi que la dissection aortique et la rupture d'anévrisme.

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-513)