



CNM08007

**DEMANDE DE SERVICE EN CARDIOLOGIE
(POUR CLIENTÈLE AMBULATOIRE)**

Nom et prénom de l'utilisateur :			
N° d'assurance maladie	Expiration	Année	Mois
Nom et prénom du parent :			
Ind. rég.	N° téléphone	Ind. rég.	N° téléphone
Adresse :			
Code postal			

Imprimer sur recto seulement et transmettre ces deux pages par télécopieur au guichet d'accès en santé physique (GASP) au (514) 495-6722.

Date de la demande (AAAA/MM/JJ) :

Partie I : Raison de consultation/Échelle de priorité clinique : A : ≤ 3 jours B : ≤ 10 jours C : ≤ 28 jours D : ≤ 3 mois E : ≤ 6 mois

N.B. Le délai du rendez-vous a été établi pour chacune des conditions cliniques ci-dessous. Le GASP se réserve le droit de le modifier selon les renseignements cliniques fournis et selon les disponibilités, après discussion avec le médecin référent.

Conditions cliniques		Cible selon l'échelle de priorité
Angine/DRS	Angine instable (de novo, crescendo, 4/4, etc.)	URGENT - Ne pas compléter le formulaire et référer directement à l'urgence
	<input type="checkbox"/> Angine / DRS typique ou atypique avec facteurs de risque évoluant depuis plus d'un mois	Référer à l'accueil clinique si vous y avez accès. Sinon, priorité B.
	<input type="checkbox"/> Angine / DRS atypique sans facteur de risque	C (≤ 28 jours)
Dyspnée / insuffisance cardiaque	Dyspnée / Insuffisance cardiaque rapidement progressive, au repos d'apparition récente (4/4)	URGENT - Ne pas compléter le formulaire et référer directement à l'urgence
	<input type="checkbox"/> Dyspnée / Insuffisance cardiaque 3/4 stable de novo	B (≤ 10 jours)
	<input type="checkbox"/> Dyspnée / Insuffisance cardiaque 2/4 stable de novo	C (≤ 28 jours)
Troubles du rythme	Fibrillation auriculaire < 48 heures ou > 110/min. BAV 3e, TV, bradycardie < 40/min symptomatique	URGENT - Ne pas compléter le formulaire et référer directement à l'urgence
	<input type="checkbox"/> Fibrillation auriculaire de NOVO < 110/min. et > 48 heures	Référer à l'accueil clinique si vous y avez accès. Sinon, priorité B.
	<input type="checkbox"/> Bradycardie <40/min asymptomatique, FA mal contrôlée	B (≤ 10 jours)
	<input type="checkbox"/> Palpitation sans syncope, sans DRS, sans dyspnée (demander holter)	D (≤ 3 mois)
Syncopes	Syncope inexpliquée, patient à risque de MCAS	URGENT - Ne pas compléter le formulaire et référer directement à l'urgence
	<input type="checkbox"/> Syncope inexpliquée, patient à risque faible MCAS ou d'allure vagale	C (≤ 28 jours)
Suivi / opinion conditions stables	<input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque chronique, fibrillation auriculaire sous traitement, valvulopathie connue, MCAS connue, suivi post-événement coronarien : _____ Préciser : (ajustement médication, réévaluation, autre).	D (≤ 3 mois)
<input type="checkbox"/> Évaluation pré-opératoire	Type de chirurgie : _____ Date prévue de chirurgie : _____	Si date de chirurgie dans < d'un mois : 1^{re} date de RV disponible Si date de chirurgie dans > d'un mois : RV dans un délai de < de 4 semaines de la chirurgie
<input type="checkbox"/> Autre : (indiquer la priorité qui sera validée par le GASP)		Priorité selon le médecin référent : <input type="checkbox"/> A : ≤ 3 jrs <input type="checkbox"/> B : ≤ 10 jrs <input type="checkbox"/> C : ≤ 28 jrs <input type="checkbox"/> D : ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> E : ≤ 6 mois

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge



CNM08007

DATE (AAAA/MM/JJ)

N° DOSSIER

NOM :

PRÉNOM :

Partie II : Renseignements complémentaires / Antécédents**Facultatif** - Spécifier le nom du spécialiste ou de la clinique / établissement privilégié :**Renseignements cliniques (obligatoire)**

Justifier, entre autres, toute modification de la priorité clinique suggérée :

Antécédent pertinents (facultatif)

Médication actuelle (facultatif)

 Aucune Profil pharmacologique transmis par télécopieur au GASP ((514) 495-6722) Si médication en cours, mais aucun profil joint, svp spécifier :

Examen / test de laboratoire pertinents déjà faits (facultatif)

 Oui, spécifier : _____ Résultats joints en annexe : Oui Non Non En attente, spécifier :**Partie III : Provenance de la demande****Médecin référent**

Nom du médecin référent

N° de permis

Estampe

N° de téléphone

N° de poste

N° de télécopieur

Nom de la clinique

Signature

Médecin de famille Idem médecin référent
 Usager sans médecin de famille

Nom du médecin de famille

Nom de la clinique

Pour joindre le GASP : Téléphone : (514) 336-Nord (6673)
Télécopieur : (514) 495-6722

Courriel : gasp.cnmml@sss.gouv.qc.ca

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Le Guichet d'accès en santé physique (GASP) du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Votre médecin vous a dirigé vers le Guichet d'accès en santé physique du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal pour obtenir un rendez-vous pour une consultation en:

- Cardiologie
- Pneumologie

C'est simple, vous n'avez pas besoin de téléphoner pour prendre rendez-vous.

Un responsable du GASP du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal communiquera avec vous par téléphone dans les **72 heures** pour confirmer le traitement de votre demande de service.

Un rendez-vous vous sera ensuite attribué selon la priorité clinique identifiée par votre médecin référent.

Aide-mémoire pour la prise de rendez-vous

À remplir lorsque le GASP communiquera avec vous.

Date: _____

Heure : _____

Lieu : _____

Numéro de téléphone en cas d'annulation : _____

Des questions* ?

514 336-Nord (6673)

*à noter que le GASP ne pourra vous donner de renseignements sur l'état de votre demande si le délai de 72 heures n'a pas encore été atteint.