



CNM08010

**DEMANDE DE SERVICE EN ÉCHOGRAPHIE CARDIAQUE
(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 514 495-6777.

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

1^{re} demande d'examen Examen contrôle ► site du 1^{er} examen :

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
<input type="checkbox"/> Échographie cardiaque transthoracique (ETT) <u>Échelle NYHA</u> 1/4 : aucune limite à l'activité 2/4 : symptômes à l'activité ordinaire 3/4 : symptômes à la moindre activité 4/4 : symptômes au repos	Éliminer endocardite Épanchement péricardique avec signes / symptômes cliniques Dyspnée 4/4 selon NYHA avec signes d'insuffisance cardiaque AVC / ICT aigu	URGENT Ne pas compléter le formulaire et référer directement à l'urgence
	<input type="checkbox"/> Fibrillation auriculaire de novo	Référer à l'accueil clinique si vous y avez accès. Sinon, consultation en cardiologie suggérée. Si consultation non requise, priorité D.
	<input type="checkbox"/> Péricardite	B (≤ 10 jours)
	<input type="checkbox"/> Dyspnée d'effort de novo marquée (NYHA = 3/4) ou connue avec détérioration récente	
	<input type="checkbox"/> Dyspnée d'effort de novo modérée avec signes d'insuffisance cardiaque (NYHA = 2/4)	
	<input type="checkbox"/> Syncope	C (≤ 28 jours)
	<input type="checkbox"/> Souffle cardiaque avec symptômes cardiovasculaires	
	<input type="checkbox"/> AVC / ICT non aigu	
	<input type="checkbox"/> Dyspnée sans autre symptôme ni signe cardiovasculaire ou dyspnée d'effort inexpliquée	D (≤ 3 mois)
	<input type="checkbox"/> Œdème isolé des membres inférieurs	
	<input type="checkbox"/> Fibrillation auriculaire chronique	
	<input type="checkbox"/> Souffle cardiaque asymptomatique	
	<input type="checkbox"/> Recherche d'hypertension pulmonaire	E (≤ 6 mois)
	<input type="checkbox"/> HTA	
<input type="checkbox"/> Suivi de routine de valvulopathie / prothèse valvulaire / insuffisance cardiaque		
<input type="checkbox"/> ECG anormal sans symptôme cardiovasculaire		
<input type="checkbox"/> Cardiomégalie (documentée à la radiographie des poumons)		
<input type="checkbox"/> Suivi de dilatation de l'aorte thoracique		
<input type="checkbox"/> Autre : (indiquer la priorité qui sera validée par le guichet d'accès)	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	
<input type="checkbox"/> Échographie cardiaque transoesophagienne	<input type="checkbox"/> Éliminer source cardiaque embolique avec ETT négative	C (≤ 28 jours)
	<input type="checkbox"/> Éliminer communication interauriculaire ou shunt gauche-droit	D (≤ 3 mois)
	<input type="checkbox"/> Autre : (indiquer la priorité qui sera validée par le guichet d'accès)	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

Code Zebra



CNM08010

DATE (AAAA/MM/JJ)

N° DOSSIER

NOM :

PRÉNOM :

Conditions cliniques

Cible selon l'échelle de priorité

Écho stress

- À l'effort
 À la dobutamine

Angine instable avec ECG ininterprétable ou incapacité de procéder à une épreuve d'effort

URGENT
Ne pas compléter le formulaire et référer directement à l'urgence

Angine stable avec ECG ininterprétable ou incapacité de procéder à une épreuve d'effort (écho dobutamine)

ECG à l'effort cliniquement positif, mais électriquement négatif

ECG à l'effort électriquement positif, mais cliniquement négatif

Suspicion de scintigraphie myocardique faussement positive ou faussement négatif

Douleurs thoraciques atypiques avec ECG ininterprétable

Douleurs thoraciques atypiques avec incapacité de procéder à une épreuve d'effort (écho dobutamine)

Évaluation pré-opératoire pour éliminer MCAS

Autre : (indiquer la priorité qui sera validée par le guichet d'accès)

C (≤ 28 jours)

D (≤ 3 mois)

Priorité selon le médecin référent :

- A : ≤ 3 jrs B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs
 D : ≤ 3 mois E : ≤ 6 mois

Pour échocardiographies à l'effort et à la dobutamine :

Pour établir un diagnostic cesser la médication : bêta-bloquant, anticalcique et nitrate à longue action 48 h à 72 h avant l'examen.

Pour une stratification ou une évaluation de l'efficacité du traitement poursuivre la médication : bêta-bloquant, anticalcique et nitrate à longue action.

Partie II : Renseignements cliniques obligatoires

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

Facultatif - Spécifier le nom de l'établissement privilégié :

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	<input type="checkbox"/> Idem médecin référent	Nom du médecin de famille	
	<input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille	Nom de la clinique	

Pour joindre le GASP : Téléphone : (514) 495-6680 Courriel : guichet.imagerie.cnmml@ssss.gouv.qc.ca
Télécopieur : (514) 495-6777

Code Zebra

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) en imagerie du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Votre médecin vous a dirigé vers le Guichet d'accès en santé physique en imagerie du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal pour obtenir un rendez-vous pour un examen en échographie.

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 d'échographie: _____

Heure : _____

Lieu : _____

Numéro de téléphone en cas d'annulation : _____

Des questions* ?

514 495-6680

*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.