|  |
| --- |
| Nom et prénom de l’usager : |
|       |
| No d’assurance maladie |  | Année | Mois |
|        | Expiration |       |       |
| Nom et prénom du parent : |
|       |
| Ind. rég. | No téléphone | Ind. rég. | No téléphone |
|       |       |       |       |
| Adresse : |
|       |
| Code postal |       |



\*CNM08010\*

CNM08010

**DEMANDE DE SERVICE EN ÉCHOGRAPHIE CARDIAQUE**

**(pour clientèle ambulatoire)**

|  |
| --- |
| 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) : **Cliquez ici pour entrer une date.** |
| [ ] 1re demande d’examen [ ]  Examen contrôle ► site du 1er 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** |
| [ ]  **Échographie cardiaque transthoracique (ETT)**Échelle NYHA**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 endocarditeÉpanchement péricardique avec signes / symptômes cliniquesDyspnée 4/4 selon NYHA avec signes d’insuffisance cardiaqueAVC / ICT aigu | **URGENT****Ne pas compléter le formulaire et référer directement à l’urgence** |
| [ ]  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.** |
| [ ]  Péricardite | **B (≤ 10 jours)** |
| [ ]  Dyspnée d’effort de novo marquée (NYHA = 3/4) ou connue avec détérioration récente |
| [ ]  Dyspnée d’effort de novo modérée avec signes d’insuffisance cardiaque (NYHA = 2/4) | **C (≤ 28 jours)** |
| [ ]  Syncope |
| [ ]  Souffle cardiaque avec symptômes cardiovasculaires |
| [ ]  AVC / ICT non aigu |
| [ ]  Dyspnée sans autre symptôme ni signe cardiovasculaire ou dyspnée d’effort inexpliquée | **D (≤ 3 mois)** |
| [ ]  Œdème isolé des membres inférieurs |
| [ ]  Fibrillation auriculaire chronique |
| [ ]  Souffle cardiaque asymptomatique |
| [ ]  Recherche d’hypertension pulmonaire |
| [ ]  HTA | **E (≤ 6 mois)** |
| [ ]  Suivi de routine de valvulopathie / prothèse valvulaire / insuffisance cardiaque |
| [ ]  ECG anormal sans symptôme cardiovasculaire |
| [ ]  Cardiomégalie (documentée à la radiographie des poumons) |
| [ ]  Suivi de dilatation de l’aorte thoracique |
| [ ]  **Autre :** (indiquer la priorité qui sera validée par le guichet d’accès)      | **Priorité selon le médecin référent :**[ ] A : ≤ 3 jrs [ ] B : ≤ 10 jrs [ ] C : ≤ 28 jrs [ ] D : ≤ 3 mois [ ] E : ≤ 6 mois |
| [ ]  **Échographie cardiaque trans-oesophagienne** | [ ]  Éliminer source cardiaque embolique avec ETT négative | **C (≤ 28 jours)** |
| [ ]  Éliminer communication interauriculaire ou shunt gauche-droit | **D (≤ 3 mois)** |
| [ ]  **Autre :** (indiquer la priorité qui sera validée par le guichet d’accès)       | **Priorité selon le médecin référent :**[ ] A : ≤ 3 jrs [ ] B : ≤ 10 jrs [ ] C : ≤ 28 jrs [ ] D : ≤ 3 mois [ ] E : ≤ 6 mois  |
| Code Zebra |

|  |  |
| --- | --- |
| **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) | **C (≤ 28 jours)** |
| [ ]  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 négative |
| [ ]  Douleurs thoraciques atypiques avec ECG ininterprétable | **D (≤ 3 mois)** |
| [ ]  Douleurs thoraciques atypiques avec incapacité de procéder à une épreuve d’effort (écho dobutamine) |
| [ ]  Évaluation pré-opératoire pour éliminer MCAS | **Priorité selon le médecin référent :**[ ] A : ≤ 3 jrs [ ] B : ≤ 10 jrs [ ] C : ≤ 28 jrs [ ] D : ≤ 3 mois [ ] E : ≤ 6 mois  |
| [ ]  **Autre :** (indiquer la priorité qui sera validée par le guichet d’accès)      |
| **Pour échocardiographies à l’effort et à la dobutamine :**Pour établir un diagnostic cesser la médication : béta-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 : béta-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        | No de permis      | Estampe |
| No de téléphone No de poste            | No 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 :Télécopieur : | (514) 495-6680(514) 495-6777 | Courriel : guichet.imagerie.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca |
| Code Zebra |