|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 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** |
| 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 | | | | | | | |