

DEMANDE DE SERVICE – ÉLECTROPHYSIOLOGIE

Établissement :					
Sections réservées au médecin référent					
Date de demande de service		____/____/____ aaaa mm jj			
Usager (informations supplémentaires)					
N° de dossier de l'établissement référent		N° de dossier à l'établissement où l'usager est référé (si connu)		N° téléphone en cas d'urgence	Ind. rég.
Référent					
Nom de l'établissement			Site		
Médecin référent		Spécialité		N° de permis	
Informations de base					
Provenance de l'usager : <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Transfert (hospitalisé au CH référent) Unité de soins : _____ <input type="checkbox"/> Hospitalisé – interne <input type="checkbox"/> Urgence – interne					
Lors d'un transfert, personne à contacter dans l'établissement référent		Ind. rég.	N° téléphone	N° poste	Ind. rég. N° télécopieur
Courriel			Code non nominatif (si télécopieur)		
Date(s) de non-disponibilité : Du ____/____/____ au ____/____/____ aaaa mm jj aaaa mm jj				Raison	
Infection				Toxicomanie	
<input type="checkbox"/> SARM ¹⁺ <input type="checkbox"/> ERV ²⁺ <input type="checkbox"/> Autre : _____				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Étude électrophysiologique antérieure					
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Date : ____/____/____ aaaa mm jj		Lieu	
Consentement à l'échange d'informations			<input type="checkbox"/> Signé <input type="checkbox"/> Non signé		
Motif de la demande					
<input type="checkbox"/> Primo procédure	<input type="checkbox"/> Reprise	<input type="checkbox"/> Cardioversion interne	<input type="checkbox"/> Cardioversion externe	<input type="checkbox"/> Test de défibrillateur	<input type="checkbox"/> Moniteur implantable
<input type="checkbox"/> Étude diagnostique	<input type="checkbox"/> Table basculante	<input type="checkbox"/> Rehaussement	<input type="checkbox"/> Repositionnement électrode	<input type="checkbox"/> Repositionnement boîtier	<input type="checkbox"/> Extraction électrode
Cardiostimulateur		<input type="checkbox"/> Nouvelle implantation		<input type="checkbox"/> Ablation	
<input type="checkbox"/> Simple	<input type="checkbox"/> Double	<input type="checkbox"/> Biventriculaire	<input type="checkbox"/> Remplacement électrode	<input type="checkbox"/> Veines pulmonaires	<input type="checkbox"/> Adulte (≥ 18 ans)
<input type="checkbox"/> Simple	<input type="checkbox"/> Double	<input type="checkbox"/> Biventriculaire	<input type="checkbox"/> Remplacement boîtier	<input type="checkbox"/> Pédiatrique (< 18 ans ou < 30 kg)	
<input type="checkbox"/> Simple	<input type="checkbox"/> Double	<input type="checkbox"/> Biventriculaire	<input type="checkbox"/> Rehaussement		
<input type="checkbox"/> Simple	<input type="checkbox"/> Double	<input type="checkbox"/> Biventriculaire	<input type="checkbox"/> Repositionnement électrode		
<input type="checkbox"/> Simple	<input type="checkbox"/> Double	<input type="checkbox"/> Biventriculaire	<input type="checkbox"/> Repositionnement boîtier		
<input type="checkbox"/> Simple	<input type="checkbox"/> Double	<input type="checkbox"/> Biventriculaire	<input type="checkbox"/> Extraction électrode		
<input type="checkbox"/> Simple	<input type="checkbox"/> Double	<input type="checkbox"/> Biventriculaire	<input type="checkbox"/> Exérèse		
Dépendance : <input type="checkbox"/> < 30/min		<input type="checkbox"/> < 40/min		<input type="checkbox"/> Non	
Autre : _____		Référé : <input type="checkbox"/> Au service <input type="checkbox"/> D' _____			

¹SARM : Infection à staphylococcus aureus résistant à la méthicilline - ²ERV : Infection à entérocoque résistant à la vancomycine

Nom :

Site :
Dossier:

Informations cliniques					
Cardiaque					
Classification d'insuffisance cardiaque (NYHA) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
Infarctus du myocarde : <input type="checkbox"/> Aigu <input type="checkbox"/> < 1 semaine <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> > 3 mois					
Arythmie potentiellement maligne	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Instabilité hémodynamique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Arythmie récidivante	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Mort subite	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Arythmie ventriculaire maligne	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Pause nocturne	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
B.B.D.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Prophylaxie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
B.B.G.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Réentrée nodale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Bloc A.V. 1 ^{er} degré	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Stimulateur endoveineux temporaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Bloc A.V. 2 ^e degré	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Syncope	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Bloc A.V. 3 ^e degré	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Tachycardie auriculaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Cardiopathie congénitale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	T.S.V.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Fibrillation auriculaire rapide	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	T.V.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Flutter auriculaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	W.P.W.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Insuffisance valvulaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui : <input type="checkbox"/> Aortique <input type="checkbox"/> Mitrale <input type="checkbox"/> Pulmonaire <input type="checkbox"/> Tricuspidienne					
Sténose valvulaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui : <input type="checkbox"/> Aortique <input type="checkbox"/> Mitrale <input type="checkbox"/> Pulmonaire <input type="checkbox"/> Tricuspidienne					
Prothèse valvulaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui : <input type="checkbox"/> Aortique <input type="checkbox"/> Mitrale <input type="checkbox"/> Pulmonaire <input type="checkbox"/> Tricuspidienne					
Fraction d'éjection : <input type="checkbox"/> Inconnue _____ % Source : <input type="checkbox"/> Échographie <input type="checkbox"/> Angiographie <input type="checkbox"/> Méthode isotopique					
Scintigraphie myocarde – Ischémie antérieure ou plusieurs zones ischémiques : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Tracé d'arythmie disponible <input type="checkbox"/> Oui (à envoyer) <input type="checkbox"/> Non					
Médication					
	À cesser	Jour(s) à l'avance		À cesser	Jour(s) à l'avance
<input type="checkbox"/> ASA (Aspirine)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> Clopidogrel (Plavix)	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Amiodarone (Cordarone)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> Digitale	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Bêta-bloqueur	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> Disopyramide (Rythmodan)	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Bloquant calcique	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> Flecainide (Tambocor)	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/>	_____	INR : _____		
<input type="checkbox"/> Propafenone (Rythmol) <input type="checkbox"/> _____					
<input type="checkbox"/> Quinidine <input type="checkbox"/> _____					
<input type="checkbox"/> Sotalol (Sotacor) <input type="checkbox"/> _____					
<input type="checkbox"/> Warfarine (Coumadin) <input type="checkbox"/> _____					
Métabolique					
Créatinine : _____ µmol/L					
Diabète : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui : <input type="checkbox"/> Traité avec diète <input type="checkbox"/> Traité avec hypoglycémifiants oraux <input type="checkbox"/> Traité avec insuline					
Maladie vasculaire			Allergie		
AVC antérieur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/> Iode <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Pénicilline <input type="checkbox"/> Autre : _____		
Remarque			Résumé du dossier médical		
			<input type="checkbox"/> Inclus <input type="checkbox"/> Suivra		
Médecin référent	Nom (en lettres moulées)		Signature		Date : _____/_____/_____
					aaaa mm jj

Nom :

Site :
Dossier:

Accessibilité en électrophysiologie – classification par priorité (CMQ ⁽¹⁾ – RQCT ⁽²⁾)					
Localisation usager	Procédure		Information clinique – cardiaque	Priorité	Délais
Usager hospitalisé, à l'urgence ou transfert interétablissement			Instabilité hémodynamique	1	< 24 heures
			Stimulateur endoveineux temporaire	2.1	< 48 heures
			Autres usagers hospitalisés	2.2	< 72 heures
Usager à domicile	Cardiostimulateur/défibrillateur				
	Cardiostimulateur (simple-double-biventriculaire)	Semi-urgent		3	< = 2 semaines
	Cardiostimulateur (simple-double-biventriculaire)	Électif		5.1	< = 8 semaines
	Cardiostimulateur (biventriculaire)		Insuffisance card. décompensée	3	< = 2 semaines
	Défibrillateur (simple-double-biventriculaire)	Prévention primaire		5.1	< = 8 semaines
	Défibrillateur (simple-double-biventriculaire)	Prévention secondaire		3	< = 2 semaines
	Défibrillateur (biventriculaire)		Insuffisance card. décompensée	3	< = 2 semaines
	Remplacement sonde ou boîtier	Avec dépendance		3	< = 2 semaines
	Repositionnement sonde ou boîtier	Avec dépendance		3	< = 2 semaines
	Remplacement sonde ou boîtier	Sans dépendance		4	< = 4 semaines
	Repositionnement sonde ou boîtier	Sans dépendance		4	< = 4 semaines
	Rehaussement			4	< = 4 semaines
	Exérèse complète – Extraction de sonde			4	< = 4 semaines
	Ablation		Fibrillation auriculaire rapide	3	< = 2 semaines
	Ablation		Arythmie potentiellement maligne	3	< = 2 semaines
	Ablation	Reprise		4	< = 4 semaines
	Ablation		Arythmie récidivante	4	< = 4 semaines
	Ablation		Wolf-Parkinson-White	4	< = 4 semaines
	Ablation		Syncope, TV cicatricielle	4	< = 4 semaines
	Ablation		Primaire de FA	5.2	< = 12 semaines
	Ablation		(sans autre spécification)	5.2	< = 12 semaines
	Test de défibrillateur			3	< = 2 semaines
	Moniteur implantable			4	< = 4 semaines
Étude diagnostique			4	< = 4 semaines	
Table basculante			5.2	< = 12 semaines	
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 marqué 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	