

DEMANDE DE SERVICE – ÉLECTROPHYSIOLOGIE
Sections réservées au médecin référent

| | | | | |
|--|---|---|---|----------------|
| Établissement : | | | | |
| 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) | Téléphone en cas d'urgence | Ind. rég. | |
| Référent | | | | |
| Nom de l'établissement | | Site | | |
| Médecin référent | Spécialiste | | N° de permis | |
| Informations de base | | | | |
| Provenance de l'usager | | Unité de soins _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Hospitalisé – interne | | <input type="checkbox"/> Transfert (hospitalisé au CH référent) <input type="checkbox"/> Urgence – interne | | |
| Lors d'un transport, personne à contacter dans l'établissement référent | | N° Téléphone | N° Poste | N° Télécopieur |
| Courriel | | Code non nominatif (si télécopieur) | | |
| Date(s) de non-disponibilité : Du ____/____/____ au ____/____/____ Raison _____ aaaa mm jj aaaa mm jj | | | | |
| 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 : ____/____/____ Lieu : _____ aaaa mm jj | | | | |
| 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"/> Étude diagnostique <input type="checkbox"/> Table basculante <input type="checkbox"/> Cardioversion interne <input type="checkbox"/> Cardioversion externe <input type="checkbox"/> Test de défibrillateur <input type="checkbox"/> Moniteur implantable Cardiostimulateur <input type="checkbox"/> Simple <input type="checkbox"/> Double <input type="checkbox"/> Biventriculaire <input type="checkbox"/> Nouvelle implantation <input type="checkbox"/> Remplacement électrode <input type="checkbox"/> Remplacement boîtier <input type="checkbox"/> Rehaussement Défibrillateur <input type="checkbox"/> Simple <input type="checkbox"/> Double <input type="checkbox"/> Biventriculaire <input type="checkbox"/> Repositionnement électrode <input type="checkbox"/> Repositionnement boîtier <input type="checkbox"/> Extraction iode <input type="checkbox"/> Exérèse <input type="checkbox"/> Ablation <input type="checkbox"/> NAV complète <input type="checkbox"/> Veines pulmonaires <input type="checkbox"/> Adulte (≥ 18 ans) <input type="checkbox"/> Pédiatrique (< 18 ans ou < 30 kg) <input type="checkbox"/> Transseptale <input type="checkbox"/> Écho intra cardiaque <input type="checkbox"/> Cartographie 3D <input type="checkbox"/> Anesthésie générale Dépendance : <input type="checkbox"/> < 30/min <input type="checkbox"/> < 40/min <input type="checkbox"/> Non | | | | |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ Référé : <input type="checkbox"/> Au service <input type="checkbox"/> D'. _____ | | | | |
| 1. SARM : Infection à staphylococcus aureus résistant à la méthicilline - 2. ERV : Infection à entérocoque résistant à la vancomycine | | | | |

Nom :

Site :
Dossier:

| Informations cliniques | | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|--|------------------------------|------------------------------|
| Cardiaque | | | | | |
| Classification d'insuffisance cardiaque (HYHA) <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"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui : <input type="checkbox"/> Aortique <input type="checkbox"/> Mitrale <input type="checkbox"/> Pulmonaire <input type="checkbox"/> Tricuspidienne | | | | | |
| Sténose valvulaire : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui : <input type="checkbox"/> Aortique <input type="checkbox"/> Mitrale <input type="checkbox"/> Pulmonaire <input type="checkbox"/> Tricuspidienne | | | | | |
| Prothèse valvulaire : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui 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 | À cesser |
| <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"/> Quindine | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sotalol (Sotacor) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Warfarine (Coumadin) | | | | | |
| Métabolique | | | | | |
| Créatinine : _____ µmol/L | | | | | |
| Diabète : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui 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 |

AH-515_DT9005