

## DEMANDE DE SERVICE – ÉLECTROPHYSIOLOGIE

Établissement :					
<b>Sections réservées au médecin référent</b>					
<b>Date de demande de service</b>		____/____/____ aaaa mm jj			
<b>Usager (informations supplémentaires)</b>					
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.
<b>Référent</b>					
Nom de l'établissement			Site		
Médecin référent		Spécialité		N° de permis	
<b>Informations de base</b>					
<b>Provenance de l'usager :</b> <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	
<b>Infection</b>				<b>Toxicomanie</b>	
<input type="checkbox"/> SARM <sup>1+</sup> <input type="checkbox"/> ERV <sup>2+</sup> <input type="checkbox"/> Autre : _____				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>Étude électrophysiologique antérieure</b>					
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Date : ____/____/____ aaaa mm jj		Lieu	
<b>Consentement à l'échange d'informations</b>			<input type="checkbox"/> Signé <input type="checkbox"/> Non signé		
<b>Motif de la demande</b>					
<input type="checkbox"/> <b>Primo procédure</b>	<input type="checkbox"/> <b>Reprise</b>	<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
<b>Cardiostimulateur</b>		<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' _____			

<sup>1</sup>SARM : Infection à staphylococcus aureus résistant à la méthicilline - <sup>2</sup>ERV : Infection à entérocoque résistant à la vancomycine

Nom :

Site :  
# Dossier:

Informations cliniques					
<b>Cardiaque</b>					
<b>Classification d'insuffisance cardiaque (NYHA)</b> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
<b>Infarctus du myocarde :</b> <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 <sup>er</sup> degré	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Stimulateur endoveineux temporaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Bloc A.V. 2 <sup>e</sup> degré	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Syncope	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Bloc A.V. 3 <sup>e</sup> 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
<b>Insuffisance valvulaire :</b> <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					
<b>Sténose valvulaire :</b> <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					
<b>Prothèse valvulaire :</b> <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					
<b>Fraction d'éjection :</b> <input type="checkbox"/> Inconnue _____ %    Source : <input type="checkbox"/> Échographie <input type="checkbox"/> Angiographie <input type="checkbox"/> Méthode isotopique					
<b>Scintigraphie myocarde – Ischémie antérieure ou plusieurs zones ischémiques :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
<b>Tracé d'arythmie disponible</b> <input type="checkbox"/> Oui (à envoyer) <input type="checkbox"/> Non					
<b>Médication</b>					
	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"/>	_____	<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"/>	_____
			INR : _____		
<b>Métabolique</b>					
<b>Créatinine :</b> _____ µmol/L					
<b>Diabète :</b> <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					
<b>Maladie vasculaire</b>			<b>Allergie</b>		
<b>AVC antérieur :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/> Iode <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Pénicilline <input type="checkbox"/> Autre : _____		
<b>Remarque</b>			<b>Résumé du dossier médical</b>		
			<input type="checkbox"/> Inclus <input type="checkbox"/> Suivra		
<b>Médecin référent</b>	Nom (en lettres moulées)		Signature		Date : _____/_____/_____
					aaaa    mm    jj

Nom :

Site :  
# Dossier:

Accessibilité en électrophysiologie – classification par priorité (CMQ <sup>(1)</sup> – RQCT <sup>(2)</sup> )					
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	<b>Cardiostimulateur/défibrillateur</b>				
	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) <sup>(3)</sup>					
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	