



SOV0372 v1

RÉFÉRENCE À L'ACCUEIL CLINIQUE

ORDONNANCE INDIVIDUELLE STANDARDISÉE CARDIO-1

No de chambre		No de dossier	
Nom			
Prénom			
Date de naissance	No Assurance maladie	Sexe	Expiration
Début d'épisode	Installation	Md Traitant	

FIBRILLATION AURICULAIRE, 1^{RE} DÉCOUVERTE

À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN RÉFÉRENT/IPS

- La personne répond aux critères généraux d'admissibilité de l'accueil clinique
- Si possible, je fournis une preuve pour documenter la FA (ECG ou télémétrie)
- La personne ne présente aucun des critères d'exclusion suivants : →
* Si oui, diriger vers l'urgence *

-Fréquence cardiaque supérieure à 140 batt. /min.
-PAS inférieure à 110 mm Hg
-Dyspnée au repos
-Syncope ou lipothymie
-Douleur rétro sternale
-ATCD d'embolie artérielle ou AVC/AIT
-Porteur d'une prothèse valvulaire métallique

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

PRÉLÈVEMENT SANGUIN (Si FA inférieure 140/min. OU TSV soutenue 30 sec. selon ECG) (Délai max : 72h)

- HÉMATOLOGIE : FSC, Coagulogramme, D-Dimères
- BIOCHIMIE : Électrolytes, Urée, Créatinine, Glucose à jeun (si possible), ALT, TSH

ÉPREUVES DIAGNOSTIQUES :

- ECG (Délai max : 72h)
- ÉCHO CARDIAQUE : si FA inférieure à 120/min. selon ECG (Dans un délai de 2 semaines)

CONSULTATION EN CARDIOLOGIE :

- Délai max : 72h si : FA inférieure à 120/min. ou rythme sinusal selon ECG mais FA documentée
- Délai max : 24h si : FA supérieure à 120/min mais inférieure à 140/min. ou TSV soutenue 30 sec.

- J'AI REMIS UNE ORDONNANCE AU PATIENT (FACULTATIF) (RÉF : GUIDE DE PRESCRIPTION SUR LE SITE WEB)

IDENTIFICATION DU MÉDECIN RÉFÉRENT

Nom et prénom du MD

Clinique

No téléphone pour les prochaines 24h No télécopieur

Signature: _____ Date : _____

- MD qui accepte de faire le suivi de l'épisode (SI DIFFÉRENT)

NOM ET PRÉNOM DU MD (LETTRES MOULÉES)

Joignable pour les prochaines 24h au _____

No téléphone

VEUILLEZ TÉLÉCOPIER CE FORMULAIRE AU 514-362-2829
POUR JOINDRE L'ACCUEIL CLINIQUE, COMPOSEZ LE 514-413-8701

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge