



## RÉFÉRENCE À L'ACCEUIL CLINIQUE

### ORDONNANCE INDIVIDUELLE STANDARDISÉE – CARDIO 2

Consentement:  Patient  Représentant légal  Double identification faite

#### SUSPICION D'ANGINE D'EFFORT (typique ou atypique avec facteurs de risque) ÉVOLUANT DEPUIS > 1 MOIS

##### À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN RÉFÉRENT/IPS

- L'utilisateur répond aux critères généraux d'admissibilité de l'accueil clinique : âgé de 16 ans et +, capacité de se déplacer, ne nécessite pas d'hospitalisation ou d'observation sur civière, la demande provient d'un médecin ou IPS du territoire.
- L'utilisateur ne présente aucun des critères d'exclusion suivants :

**\*\*Si oui, diriger vers l'urgence\*\***

- Le bilan comparatif des médicaments (BCM) de l'utilisateur ou une liste à jour de ses médicaments est joint à cette demande.

- Douleur thoracique suspecte : Au repos  
ET/OU non soulagée par la prise de nitro S/L  
à 3 reprises pour le même épisode de DRS  
ET/OU d'une durée de plus de 20 minutes

- TA > 180/110 mmHg

- FR > 22/min

- Dyspnée à l'effort minime ou au repos

- SpO2 < ou = 92%

- FC > 120/min

- Classe 3 ou 4 selon la classification de l'angine  
de la société canadienne de cardiologie (CCS)

- J'AI REMIS L'ORDONNANCE MÉDICALE POUR PHARMACIE COMMUNAUTAIRE CARDIO-2 AU PATIENT (OBLIGATOIRE)

##### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (OBLIGATOIRES) :

##### INFORMATIONS DE L'USAGER :

Numéro de téléphone (maison) : \_\_\_\_\_ (cellulaire) : \_\_\_\_\_

- J'accepte que les procédures incluses dans l'ordonnance individuelle standardisée soient appliquées (verso)

##### IDENTIFICATION DU MÉDECIN RÉFÉRENT/IPS

Nom et prénom du MD/IPS

Clinique

No téléphone pour les prochaines 24h

No télécopieur

SIGNATURE DU MÉDECIN/IPS

No DE PERMIS

DATE (AAAA-MM-JJ)

HEURE

ESTAMPE DU RÉFÉRENT

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

NOM ET PRÉNOM DU MD (LETTRES MOULÉES)

Joignable pour les prochaines 24 h au

No de TÉLÉPHONE

ACCUEIL CLINIQUE SITE VERDUN : TÉLÉCOPIER CE FORMULAIRE AU 514-765-8529 / INFIRMIÈRE TÉL. : 514-765-8529 / INFIRMIÈRE TÉL. : 514-765-8530

ACCUEIL CLINIQUE SITE NOTRE-DAME : TÉLÉCOPIER CE FORMULAIRE AU 514-362-2829 / INFIRMIÈRE TÉL. : 514-362-2829 / INFIRMIÈRE TÉL. : 514-413-8701

**SUSPICION D'ANGINE D'EFFORT (typique ou atypique avec facteurs de risque) ÉVOLUANT DEPUIS > 1 MOIS****PRÉLÈVEMENTS INITIAUX (DÉLAI MAX. 72 HEURES) :**

- **BIOCHIMIE** : créatinine/DFG, glucose, Troponine, Bilan lipidique (nécessite jeûne 12h si possible)
- **HÉMATOLOGIE** : FSC, INR-PTT

**N.B. Si troponine positive selon les valeurs de référence de l'établissement : l'utilisateur sera dirigé vers l'urgence**

**EXAMENS DIAGNOSTICS :**

Si troponine négative selon les valeurs de référence de l'établissement: ECG (délai max. 72h)

**CONSULTATION EN CARDIOLOGIE :**

Interprétation de l'ECG INITIAL par un cardiologue (délai STAT après réalisation)

- Si ECG anormal : l'utilisateur sera dirigé vers l'urgence
- Selon directives du cardiologue (délai général <72h)