



Demande de service ÉLECTROPHYSIOLOGIE

Nom et prénom Date de naissance Mois Jour Sexe naissance Mois M F N° d'assurance maladie Année Mois Expiration Mois Expiration Code postal

* Cham	ps obl	igatoires
--------	--------	-----------

Champs obligatories					
Renseignements de base					
*Provenance du patient : Domicile Hospitalisé au CH référar	· · ·				
Date de Année Mois Jour Année non-disponibilé : Du Année	e Mois Jour Raison				
Isolement					
☐ SARM¹+ ☐ ERV²+ ☐ Autre					
Médecin référant					
*Nom (en lettres moulées)	N ^o permis				
*Établissement	Ind. rég. N° de téléphone N° de poste Ind. rég. N° de télécopieur				
*Référé au service au Dr Signature	Date Année Mois Jou				
Étude électrophysiologique ou ablation antérieure					
Non ☐ Oui Procédure :	Date Année Mois Jour Lieu				
*Intervention demandée					
1 ère procédure Reprise	Commentaires :				
Congénitale Pédiatrique Adulte					
Ablation (incluant étude électrophysiologique) :	Cardiostimulateur : ☐ Semi-urgent (≤ 2 sem.) ☐ Électif (≤ 8 sem.)				
Tachycardie supraventriculaire (TSV) Tachycardie auriculaire Wolff-Parkinson-White (WPW) Nœud auriculo-ventriculaire (NAV) Flutter typique Flutter atypique Fibrillation auriculaire (FA) Tachycardie ventriculaire (TV) : ☐ idiopathique ☐ cicatricielle Extrasystole ventriculaire (ESV)	Simple Double Biventriculaire Sans sonde (leadless) Physiologique Cardiostimulateur temporaire Défibrillateur : Prévention primaire Prévention secondaire Simple Double Biventriculaire Extravasculaire Physiologique Dépendance : <30/min < 40/min Non Première implantation Extraction sonde				
Autres interventions : Étude diagnostique (sans ablation) Test pharmacologique Fermeture d'appendice auriculaire Cardioversion Table basculante Veinographie	Remplacement sonde				
Section réservée au centre d'électrophysiologie					
Transeptale Extraction de sonde simple Épicardique Extraction de sonde assistée Cartographie 3D Spécifier le système : Spécifier source d'énergie : Commentaires :	□ IRM³ à faire □ Anesthésie générale □ ETO⁴ à faire □ CPAP⁵ □ ETT⁵ contraste à faire □ Tomodensitométrie à faire				

Nom et prénom de l'usager	N ^o de dossier

* Champs obligatoires

Renseignements cliniques						
État clinique Tracé d'aryth	mie disponible (joind	re à la demande)				
Classification d'insuffisance cardiaque (NYHA) ⁷	I II	☐ III ☐ IV				
☐ Instabilité hémodynamique ☐ Insuffisance ☐ Bloc de branche ☐ Bloc AV ☐ Bradycardie-pauses ☐ Syncope / Lipothymie ☐ Mort subite / Fibrillation ventriculaire (FV) ☐ Prophylaxie-prévention primaire ☐ Fin de vie de la pile	FA p FA ra Flutt Flutt	nsée Cardiostimulateur temporaire aroxystique ersistante apide et / ou réfractaire er auriculaire typique er auriculaire atypique aycardie auriculaire	Palpitation ESV TSV	soutenue ricielle	ostimulate	ur
Maladies cardiovasculaires associées						
Cœur sain MCAS³ Cardiomyol Prothèse valvulaire : : Mécanique : Mitrale Aortique Bioprothèse : Mitrale Aortique Clip mitral Clip tricuspide Dialyse : oui Créatinine : μm	pathie dilatée Tricuspidienne Tricuspidienne	Fraction d'éjection : % norm		Antécéder Doraux	inconnue	
Médication (L'arrêt du/des médicamen	t(s) sera détern					
À cesser / Nb jour à l'a Acide acétylsalicylique		i.v.	bloqueur iant calcique kine darone iïnide afenone	A cesser / Nb	jour à l'ava	ance
Allergies						
☐ lode ☐ Latex ☐ Métal ☐ Pén	nicilline Autr	e :				
Projet de recherche						
Nom : Commentaires :		Type : Thérapeutique 🗌	Contrôle			
Remarques						
Réception de la demande à l'établisser Nom de l'établissement		la paragna autoriada à traiter cette demanda		Annés	Mois	lour
Nom de l'établissement	Signature de l	la personne autorisée à traiter cette demande	Date	Année	IVIOIS	Jour
Section médecin receveur	Section médecin receveur					
Nom (en lettres moulées)	N° permis	Signature	Date	Année	Mois	Jour

Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline
Entérocoques résistant à la vancomycine
Imagerie par résonnance magnétique
Échographie transcesophagienne
Continuous Positive Airway Pressure
Échographie transthoracique
New York Heart Association
Maladie coronarienne artério-sclérotique
Ischémie cérébrale transitoire
Accident vasculaire cérébral
Héparine de bas poids moléculaire
Anticoagulants oraux directs

	Accessibilité en	électrophysiologie – class	sification par priorité (RQCT ⁽¹⁾)		
Localisation Patient	Procédure	Renseignement clinique – cardiaque	Priorité	Délais	
Patient hospitalisé, à			Instabilité hémodynamique	1	< 24 heures
l'urgence ou transfert			Cardiostimulateur temporaire	2.1	< 48 heures
interétablissement			Autres patients hospitalisés	2.2	< 72 heures
	Cardiostimulateur/défibrillateur				
	Cardiostimulateur	Semi-urgent		3	< = 2 semaines
	Cardiostimulateur	Électif		5.1	< = 8 semaines
	Cardiostimulateur(biventriculaire)		Insuffisance card. décompensée	3	< = 2 semaines
	Défibrillateur	Prévention primaire		5.1	< = 8 semaines
	Défibrillateur	Prévention secondaire		3	< = 2 semaines
	Défibrillateur (biventriculaire)		Insuffisance card. 3 décompensée		< = 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
Patient à domicile	Exérèse complète – Extraction de sonde			4	< = 4 semaines
T dione d dominiono	Ablation		Fibrillation auriculaire rapide et / ou réfractaire	3	< = 2 semaines
	Ablation	Reprise		4	< = 4 semaines
	Ablation		Wolff-Parkinson-White	4	< = 4 semaines
	Ablation		TV cicatricielle	4	< = 4 semaines
	Ablation		TV idiopathique	4	< = 4 semaines
	Ablation		Primaire de FA	5.2	< = 12 semaines
	Ablation		(sans autre précision)	5.2	< = 12 semaines
	Drainage d'hématome			3	< = 2 semaines
	Test de défibrillateur			3	< = 2 semaines
	Cardioversion			4	< = 4 semaines
	Moniteur implantable			4	< = 4 semaines
	Étude diagnostique (sans ablation)			4	< = 4 semaines
	Fermeture d'appendice auriculaire			5.1	< = 8 semaines
	Exérèse de moniteur implantable			5.2	< = 12 semaines
	Table basculante			5.2	< = 12 semaines
	Test pharmacologique			5.2	< = 12 semaines

Note : Liste de diagnostics ou de situations cliniques non exhaustive fournie à titre de cadre de référence pour la priorisation médicale.

⁽¹⁾ RQCT : Réseau québécois de cardiologie tertiaire