



DT9003

Demande de service ÉLECTROPHYSIOLOGIE

Nom et prénom					
Date de naissance	Année	Mois	Jour	Sexe ☐ M ☐ F	
N° d'assurance maladie			Année Mois		
Adresse (N°, rue)			Expiration		
Ville			Code postal		

* Champs obligatoires

Renseignements de base					
*Provenance du patient : ☐ Domicile ☐ Hospitalisé au CH référant jusqu'à l'intervention ☐ Interne					
Date de non-disponibilité : Du		Année	Mois	Jour	Raison
Isolement					
☐ SARM ¹ + ☐ ERV ² + ☐ Autre _____					
Médecin référant					
*Nom (en lettres moulées)					N° permis
*Établissement		Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste	Ind. rég. N° de télécopieur
*Référé ☐ au service ☐ au Dr _____		Signature		Date	Année Mois Jour
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) : ☐ 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)		Cardiostimulateur : ☐ Semi-urgent (≤ 2 sem.) ☐ Électif (≤ 8 sem.) ☐ 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			
Autres interventions : ☐ Étude diagnostique (sans ablation) ☐ Test pharmacologique ☐ Fermeture d'appendice auriculaire ☐ Cardioversion ☐ Table basculante ☐ _____ ☐ Veinographie ☐ _____		☐ Première implantation ☐ Extraction sonde ☐ Remplacement sonde ☐ Exérèse boîtier ☐ Remplacement boîtier ☐ Implantation après extraction ☐ Repositionnement sonde ☐ Rappel d'équipement ☐ Repositionnement boîtier ☐ Rehaussement (cocher ci-haut le type d'appareil souhaité) ☐ Changement de défibrillateur vers un cardiostimulateur			
		Autres interventions/implants : ☐ Exérèse de moniteur implantable ☐ Test de défibrillateur ☐ Drainage hématome ☐ Moniteur implantable ☐ _____			

Section réservée au centre d'électrophysiologie			
☐ Transeptale	☐ Extraction de sonde simple	☐ IRM ³ à faire	☐ Anesthésie générale
☐ Épicardique	☐ Extraction de sonde assistée	☐ ETO ⁴ à faire	☐ CPAP ⁵
☐ Écho intracardiaque		☐ ETT ⁶ contraste à faire	
☐ Cartographie 3D	Spécifier le système : _____	☐ Tomodensitométrie à faire	
Spécifier source d'énergie : _____			
Commentaires : _____			

Nom et prénom de l'utilisateur	N° de dossier
--------------------------------	---------------

*** Champs obligatoires**

Renseignements cliniques																																																			
État clinique ☐ Tracé d'arythmie disponible (joindre à la demande)																																																			
Classification d'insuffisance cardiaque (NYHA) ⁷ ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV																																																			
☐ Instabilité hémodynamique ☐ Bloc de branche ☐ Bloc AV ☐ Bradycardie-pauses ☐ Syncope / Lipothymie ☐ Mort subite / Fibrillation ventriculaire (FV) ☐ Prophylaxie-prévention primaire ☐ Fin de vie de la pile	☐ Insuffisance cardiaque décompensée ☐ FA paroxystique ☐ FA persistante ☐ FA rapide et / ou réfractaire ☐ Flutter auriculaire typique ☐ Flutter auriculaire atypique ☐ Tachycardie auriculaire	☐ Cardiomécanisme temporaire ☐ Dépendance au cardiostimulateur ☐ Palpitations ☐ ESV ☐ TSV ☐ TV non soutenue ☐ TV cicatricielle ☐ TV idiopathique ☐ WPW																																																	
Maladies cardiovasculaires associées																																																			
☐ Cœur sain ☐ MCAS ⁸ ☐ Cardiomyopathie dilatée ☐ Cardiopathie congénitale ☐ Maladie valvulaire ☐ Antécédents d'ICT ⁹ / AVC ¹⁰																																																			
Prothèse valvulaire : ☐ Mécanique : ☐ Mitrale ☐ Aortique ☐ Tricuspidienne ☐ Bioprothèse : ☐ Mitrale ☐ Aortique ☐ Tricuspidienne Fraction d'éjection : _____ % ☐ normale ☐ inconnue ☐ Clip mitral ☐ Clip tricuspidien ☐ Dialyse : oui ☐ Créatinine : _____ µmol/L Diabète : traitement : ☐ Diète ☐ Hypoglycémifiants oraux ☐ Insuline																																																			
Médication (L'arrêt du/des médicament(s) sera déterminé par le centre receveur)																																																			
<table border="0"> <tr> <th colspan="2">À cesser / Nb jour à l'avance</th> <th colspan="2">À cesser / Nb jour à l'avance</th> <th colspan="2">À cesser / Nb jour à l'avance</th> </tr> <tr> <td>☐ Acide acétylsalicylique</td> <td>☐ / _____</td> <td>☐ HBPM¹¹ (non fractionnée)</td> <td>☐ / _____</td> <td>☐ Bêta-bloqueur</td> <td>☐ / _____</td> </tr> <tr> <td>☐ Clopidogrel</td> <td>☐ / _____</td> <td>☐ Héparine i.v.</td> <td>☐ / _____</td> <td>☐ Bloquant calcique</td> <td>☐ / _____</td> </tr> <tr> <td>☐ Prasugrel</td> <td>☐ / _____</td> <td>☐ Autre : _____</td> <td>☐ / _____</td> <td>☐ Digoxine</td> <td>☐ / _____</td> </tr> <tr> <td>☐ Ticagrelor</td> <td>☐ / _____</td> <td>☐ Autre : _____</td> <td>☐ / _____</td> <td>☐ Amiodarone</td> <td>☐ / _____</td> </tr> <tr> <td>☐ AOD¹²</td> <td>☐ / _____</td> <td>☐ Autre : _____</td> <td>☐ / _____</td> <td>☐ Flecainide</td> <td>☐ / _____</td> </tr> <tr> <td>☐ Anti-facteur XI</td> <td>☐ / _____</td> <td></td> <td></td> <td>☐ Propafenone</td> <td>☐ / _____</td> </tr> <tr> <td>☐ Warfarine</td> <td>☐ / _____</td> <td></td> <td></td> <td>☐ Sotalol</td> <td>☐ / _____</td> </tr> </table>				À cesser / Nb jour à l'avance		À cesser / Nb jour à l'avance		À cesser / Nb jour à l'avance		☐ Acide acétylsalicylique	☐ / _____	☐ HBPM ¹¹ (non fractionnée)	☐ / _____	☐ Bêta-bloqueur	☐ / _____	☐ Clopidogrel	☐ / _____	☐ Héparine i.v.	☐ / _____	☐ Bloquant calcique	☐ / _____	☐ Prasugrel	☐ / _____	☐ Autre : _____	☐ / _____	☐ Digoxine	☐ / _____	☐ Ticagrelor	☐ / _____	☐ Autre : _____	☐ / _____	☐ Amiodarone	☐ / _____	☐ AOD ¹²	☐ / _____	☐ Autre : _____	☐ / _____	☐ Flecainide	☐ / _____	☐ Anti-facteur XI	☐ / _____			☐ Propafenone	☐ / _____	☐ Warfarine	☐ / _____			☐ Sotalol	☐ / _____
À cesser / Nb jour à l'avance		À cesser / Nb jour à l'avance		À cesser / Nb jour à l'avance																																															
☐ Acide acétylsalicylique	☐ / _____	☐ HBPM ¹¹ (non fractionnée)	☐ / _____	☐ Bêta-bloqueur	☐ / _____																																														
☐ Clopidogrel	☐ / _____	☐ Héparine i.v.	☐ / _____	☐ Bloquant calcique	☐ / _____																																														
☐ Prasugrel	☐ / _____	☐ Autre : _____	☐ / _____	☐ Digoxine	☐ / _____																																														
☐ Ticagrelor	☐ / _____	☐ Autre : _____	☐ / _____	☐ Amiodarone	☐ / _____																																														
☐ AOD ¹²	☐ / _____	☐ Autre : _____	☐ / _____	☐ Flecainide	☐ / _____																																														
☐ Anti-facteur XI	☐ / _____			☐ Propafenone	☐ / _____																																														
☐ Warfarine	☐ / _____			☐ Sotalol	☐ / _____																																														
Allergies																																																			
☐ Iode ☐ Latex ☐ Métal ☐ Pénicilline ☐ Autre : _____																																																			
Projet de recherche																																																			
Nom : _____		Type : ☐ Thérapeutique ☐ Contrôle																																																	
Commentaires : _____																																																			
Remarques																																																			
Réception de la demande à l'établissement receveur																																																			
Nom de l'établissement	Signature de la personne autorisée à traiter cette demande	Date	Année Mois Jour																																																
Section médecin receveur																																																			
Nom (en lettres moulées)	N° permis	Signature	Date																																																

¹ Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline
² Entérocoques résistant à la vancomycine
³ Imagerie par résonance magnétique
⁴ Échographie transœsophagienne
⁵ Continuous Positive Airway Pressure
⁶ Échographie transthoracique
⁷ New York Heart Association
⁸ Maladie coronarienne artério-sclérotique
⁹ Ischémie cérébrale transitoire
¹⁰ Accident vasculaire cérébral
¹¹ Héparine de bas poids moléculaire
¹² Anticoagulants oraux directs

Accessibilité en électrophysiologie – classification par priorité (RQCT ⁽¹⁾)					
Localisation Patient	Procédure		Renseignement clinique – cardiaque	Priorité	Délais
Patient hospitalisé, à l'urgence ou transfert interétablissement			Instabilité hémodynamique	1	< 24 heures
			Cardiostimulateur temporaire	2.1	< 48 heures
			Autres patients hospitalisés	2.2	< 72 heures
Patient à domicile	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. 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 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