



DT9001

Demande de service CHIRURGIE CARDIAQUE (ADULTE)

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

Information de base									
*Provenance du patient : ☐ Domicile ☐ Hospitalisé au CH référant (Transfert) ☐ Interne									
Lors d'un transfert, contact de l'établissement référant :							Ind. rég.	N° téléphone	N° poste
Service / unité de soins			N° de dossier de l'établissement référant			N° de dossier de l'établissement où l'usager est référé (si connu)			
Date de non-disponibilité : Du		Année	Mois	Jour	Au	Année	Mois	Jour	Raison

Médecin référant				
*Nom (en lettres moulées)			Signature	
*Établissement / installation			Référé ☐ au service ☐ au Dr	N° permis Année Mois Jour

*Motif de la demande				
Maladie coronarienne :	☐ Tronc commun	☐ 3 vaisseaux	☐ 2 vaisseaux	☐ 1 vaisseau
Sténose valvulaire :	☐ Aortique	☐ Mitrale	☐ Pulmonaire	☐ Tricuspidienne
Insuffisance valvulaire :	☐ Aortique	☐ Mitrale	☐ Pulmonaire	☐ Tricuspidienne
Autres :	☐ Congénital adulte	☐ Cardiomyopathie		
	☐ Aorte thoracique ascendante	☐ Crosse aortique	☐ Aorte thoracique descendante	
	☐ Fibrillation auriculaire	☐ Stimulateur cardiaque	☐ Autre : _____	
☐ Chirurgie cardiaque antérieur :	Année	Mois	Jour	Lieu
				Type de chirurgie

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	
Données anthropométriques et autres	Résumé de dossier
Allergie(s) : ☐ Pénicilline ☐ Iode ☐ Latex ☐ Autre(s) : _____ Poids(kg) : _____ Tailles(m) : _____ ☐ Aucune transfusion permise	☐ Inclus ☐ Suivra
Il est important de compléter les informations concernant le volet dentaire pour toute chirurgie valvulaire Dents naturelles : ☐ Oui ☐ Non Visite dentaire < 6 mois : ☐ Oui ☐ Non Infection : ☐ SARM ¹ ☐ ERV ² ☐ COVID-19 ☐ Autre(s) : _____	

Cardiaque
Classification d'insuffisance cardiaque (NYHA) : ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV Classification de l'angine (SCC) : ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV Fraction d'éjection : _____ % ☐ Inconnue Échocardiographie : ☐ Réalisée ☐ Non réalisée Infarctus du myocarde : ☐ Aigu ☐ < 1 semaine ☐ < 3 mois ☐ > 3 mois ☐ Ballon intra-aortique ☐ Varices aux membres inférieurs ☐ Saphénectomie ☐ Droite ☐ Gauche ☐ Bilatérale ☐ Arythmie ventriculaire maligne ☐ Bloc A.V. ☐ Choc cardiogénique ☐ Angioplastie récente (< 3 mois) ☐ Endocardite active ☐ Fibrillation auriculaire ☐ Dépendance cardiostimulateur ☐ Autre(s) : _____

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

Cathétérisme cardiaque / coronarographie

Demandé : ☐ Oui ☐ Non Fait : ☐ Oui ☐ Non

☐ Date du dernier cathétérisme : Année Mois Jour Lieu

Médication

Si le patient est hospitalisé, préciser la date de cessation du /des médicament(s)

☐ Prasugrel ou équivalent cessé le : ____ / ____ / ____	☐ Clopidogrel (Plavix mc) ou équivalent cessé le : ____ / ____ / ____
☐ Ticagrelor ou équivalent cessé le : ____ / ____ / ____	☐ Antagonistes des récepteurs GP IIB IIIA cessé le : ____ / ____ / ____
☐ AOD ou équivalent cessé le : ____ / ____ / ____	☐ Inhibiteurs du SGLT2 cessé le : ____ / ____ / ____
☐ Warfarin (Comtadin ^{mc}) ou équivalent cessé le : ____ / ____ / ____	☐ Autre : _____ cessé le : ____ / ____ / ____

Informations complémentaires

☐ Insuffisance rénale ☐ Dialyse Créatinine : ____ μ mol/L

☐ Maladie cérébro-vasculaire ☐ AVC⁷ ☐ Hypertension artérielle ☐ Diabète

☐ Fumeur actif ☐ Asthme ☐ Intubation endotrachéale ☐ MPOC⁸ VEMS⁹ : ____ /L ☐ Hypertension pulmonaire (moyenne > 30 mmHg)

REMARQUES

SECTIONS À COMPLÉTER PAR L'ÉTABLISSEMENT RECEVEUR

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

Classification d'insuffisance cardiaque (NYHA)	
Classe	Description
Classe I	Aucune limitation des activités physiques
Classe II	Limitation légère des activités physiques. Les activités ordinaires causent de la fatigue, palpitations, dyspnée ou angine.
Classe III	Limitation marquée des activités physiques. Les activités moindres qu'ordinaires causent de la fatigue, palpitations, dyspnée ou angine.
Classe IV	Instabilité à faire quelque activité physique sans inconfort. Les symptômes peuvent être présents au repos.

Classification de l'angine (SCC)		
Classe	Activités causant l'angine	Limitation des activités normales
I	Exercice prolongé	Aucune
II	Exercice modéré Marche > 2 coins de rue	Légère
III	Exercice léger Marche < 2 coins de rue	Importante
IV	Exercice minime ou au repos	Sévère

Accessibilité à la chirurgie cardiaque – classification par priorité (CMQ ¹ – RQCT ²)			
Diagnostic		Priorité	Délais
Syndrome coronarien aigu : Syndrome valvulaire aigu : Syndrome vasculaire aigu :	- hémodynamiquement instable - arythmie maligne - hémodynamiquement instable - anévrisme disséquant - hémodynamiquement instable	1 (très urgente)	< = 24 heures
Syndrome coronarien ou valvulaire aigu :	- réfractaire au traitement médical optimal par voie intraveineuse - atteinte sévère du tronc commun	2 (urgente)	< = 72 heures
Syndrome coronarien aigu stabilisé : Syndrome coronarien non-aigu : Syndrome valvulaire sévère :	- état précaire - sous contrôle médical optimal <i>À moins de raisons exceptionnelles, patient sous thérapie parentérale</i> - classe fonctionnelle 4 - état précaire - hémodynamiquement stable - sous contrôle médical optimal - NYHA IV <i>Patient hospitalisé, à qui on ne peut donner son congé sans qu'il ait été opéré</i>	3 (semi-urgente)	< = 2 semaines
Syndrome coronarien non-aigu :	- classe fonctionnelle 3 - NYHA III <i>Patient non-hospitalisé</i>	4 (semi-électif)	< = 6 semaines
Autres situations		5 (électif)	< = 3 mois

CMQ : Collège des médecins du Québec
RQCT : Réseau québécois de cardiologie tertiaire