



DT9001

Demande de service CHIRURGIE CARDIAQUE

Sections réservées au médecin référent

Date de demande de service	Année	Mois	Jour

Usager (informations supplémentaires)			
N° de dossier de l'établissement référent	N° de dossier à l'établissement où l'usager est référé (si connu)	N° téléphone en cas d'urgence	Ind. rég.

Référé			
Nom de l'établissement		Site	
Médecin référent	Spécialité		N° de permis

Informations de base									
Provenance de l'usager : <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Transfert (hospitalisé au CH référent) Unité de soins : _____									
<input type="checkbox"/> Hospitalisé – interne <input type="checkbox"/> Urgence – interne									
Lors d'un transfert, personne à contacter dans l'établissement référent				Ind. rég.	N° téléphone	N° de poste	Ind. rég.	N° télécopieur	
Courriel					Code non nominatif (si télécopieur)				
Date(s) de non-disponibilité : Du		Année	Mois	Jour	Au	Année	Mois	Jour	Raison
Données anthropométriques et autres									
Poids (kg)	Taille (m)	Groupe sanguin : _____	<input type="checkbox"/> Transfusion autologue	<input type="checkbox"/> Aucune transfusion permise	Dents naturelles : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Visite dentaire < 6 mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Infection									
<input type="checkbox"/> SARM ¹⁺ <input type="checkbox"/> ERV ²⁺ <input type="checkbox"/> Autre : _____									
Cathétérisme antérieur									
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Date	Lieu		Hémodynamicien				

Consentement à l'échange d'informations	<input type="checkbox"/> Signé	<input type="checkbox"/> Non signé
--	--------------------------------	------------------------------------

Motif de la demande							
Maladie coronarienne : <input type="checkbox"/> Tronc commun <input type="checkbox"/> 3 vaisseaux <input type="checkbox"/> 2 vaisseaux <input type="checkbox"/> 1 vaisseau							
Sténose valvulaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui : <input type="checkbox"/> Aortique <input type="checkbox"/> Mitrale <input type="checkbox"/> Pulmonaire <input type="checkbox"/> Tricuspidienne							
Insuffisance valvulaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui : <input type="checkbox"/> Aortique <input type="checkbox"/> Mitrale <input type="checkbox"/> Pulmonaire <input type="checkbox"/> Tricuspidienne							
Autres : <input type="checkbox"/> Congénitale <input type="checkbox"/> Cardiomyopathie <input type="checkbox"/> Aorte thoracique <input type="checkbox"/> Stimulateur cardiaque							
<input type="checkbox"/> Autre : _____							
Référé : <input type="checkbox"/> Au service <input type="checkbox"/> Dr. _____							

¹ SARM : Infection à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline – ² ERV : Infection à Entérocoque résistant à la vancomycine

Identification de l'utilisateur

Nom et prénom

Informations cliniques
Cardiaque
Classification fonctionnelle (RQCT) : I II III IV-A IV-B IV-C1 IV-C2

Classification d'insuffisance cardiaque (NYHA) : 1 2 3 4

Fraction d'éjection : Inconnue _____ % **Source :** Échographie Angiographie Méthode isotopique

Infarctus du myocarde : Aigu < 1 semaine < 3 mois > 3 mois

Ballon intra-aortique : Oui Non

Diabète : Oui Non Si oui : Traité avec diète Traité avec hypoglycémifiants oraux Traité avec insuline

Varices aux membres inférieurs : Oui Non

Saphénectomie : Oui Non Si oui : Droite Gauche Bilatérale

Médication
 ASA (Aspirine) – Si cessé, date _____ Plavix – Si cessé, date _____ **Héparine :** standard fractionnée

 Antagonistes des récepteurs GP IIB IIIA – Si cessés, date et heure _____

 Coumadin – Si cessé, date _____ Autre : _____

Allergie
 Pénicilline Iode Latex Autre : _____

Chirurgie(s) proposée(s)
Pontage aorto-coronarien : x1 x2 x3 x4 x5 x6 PMC x1 PMC x2 PRC dr PRC g

 Remplacement valvulaire : Mitrale Aortique Tricuspidienne

 Plastie valvulaire : Mitrale Aortique Tricuspidienne

Reprise : Oui Non CEC Coeur battant Autre : _____

Remarque
Résumé de dossier médical

 Inclus Suivra
Priorité (RQCT)
Médecin référent

Nom (en lettres moulées)

Signature

Date

Année Mois Jour

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES ET AUTRES FACTEURS DE RISQUE
Cardiaque
 Arythmie ventriculaire maligne Bloc A.V. Choc cardiogénique Complication d'angioplastie

 Endocardite active Fibrillation auriculaire rapide Autre : _____

Maladie vasculaire
Maladie cérébro-vasculaire : Oui Non

AVC : Oui Non

Métabolique
HTA traitée : Oui Non **Créatinine :** _____ µmol/L **Dialyse :** Oui Non

Bilan lipidique : Cholestérol total _____ mmol/L HDL _____ mmol/L LDL _____ mmol/L

Triglycérides _____ mmol/L

Pulmonaire
Fumeur actif : Oui Non **Asthme :** Oui Non **Intubation trachéale :** Oui Non

MPOC : Oui Non **VEMS :** _____ /L **Hypertension pulmonaire (moyenne > 30 mm Hg) :** Oui Non

Nom
Titre
Signature
Date

Année Mois Jour

Accessibilité à la chirurgie cardiaque – classification par priorité (CMQ ⁽¹⁾ – RQCT ⁽²⁾)			
Diagnostic		Priorité	Délais
Syndrome coronarien aigu :	<ul style="list-style-type: none"> • hémodynamiquement instable • arythmie maligne 	1 (très urgente)	< = 24 heures
Syndrome valvulaire aigu :	<ul style="list-style-type: none"> • hémodynamiquement instable 		
Syndrome vasculaire aigu :	<ul style="list-style-type: none"> • anévrisme disséquant • hémodynamiquement instable 		
Syndrome coronarien ou valvulaire aigu :	<ul style="list-style-type: none"> • réfractaire au traitement médical optimal par voie intraveineuse • atteinte sévère du tronc commun 	2 (urgente)	< = 72 heures
Syndrome coronarien aigu stabilisé :	<ul style="list-style-type: none"> • état précaire • sous contrôle médical optimal <i>À moins de raisons exceptionnelles, usager sous thérapie parentérale</i>	3 (semi-urgente)	< = 2 semaines
Syndrome coronarien non-aigu :	<ul style="list-style-type: none"> • classe fonctionnelle 4 		
Syndrome valvulaire sévère :	<ul style="list-style-type: none"> • état précaire • hémodynamiquement stable • sous contrôle médical optimal • NYHA IV <i>Usager hospitalisé, à qui on ne peut donner son congé sans qu'il ait été opéré</i>		
Syndrome coronarien non-aigu :	<ul style="list-style-type: none"> • classe fonctionnelle 3 	4 (semi-électif)	< = 6 semaines
Syndrome valvulaire stable :	<ul style="list-style-type: none"> • NYHA III <i>Usager non-hospitalisé</i>		
Autres situations		5 (électif)	< = 3 mois

Classification fonctionnelle (CMQ ⁽¹⁾ – RQCT ⁽²⁾)	
Classe	Description
I	Asymptomatique ou limitation apparaissant aux efforts violents, prolongés ou inhabituels.
II	Limitation légère lors d'activité régulière. La limitation peut survenir à la marche ou à la montée d'escaliers.
III	Limitation marquée lors des activités régulières.
IV-A	Limitation grave ou état instable maintenant stabilisé avec une médication orale.
IV-B	Limitation grave ou état instable. La limitation persiste lors d'activités légères ou au repos malgré le traitement médical optimal. Ne nécessite pas de thérapie intraveineuse.
IV-C1	Limitation grave ou état instable réfractaire au traitement médical optimal et nécessitant une thérapie intraveineuse.
IV-C2	Limitation grave ou état instable nécessitant une thérapie intraveineuse et demeurant en instabilité hémodynamique ou rythmique malgré celle-ci. Inclut aussi l'angioplastie primaire et de sauvetage dans l'infarctus du myocarde ainsi que la dissection aortique et la rupture d'anévrisme.

Classification d'insuffisance cardiaque (NYHA) ⁽³⁾	
Classe	Description
Classe 1	Aucune limitation des activités physiques.
Classe 2	Limitation légère des activités physiques. Les activités ordinaires causent de la fatigue, palpitations, dyspnée ou angine.
Classe 3	Limitation marquée des activités physiques. Les activités physiques moindres qu'ordinaires causent de la fatigue, palpitations, dyspnée ou angine.
Classe 4	Inhabileté à faire quelque activité physique sans inconfort. Les symptômes peuvent être présents au repos.

(1) CMQ : Collège des médecins du Québec

(2) RQCT : Réseau québécois de cardiologie tertiaire

(3) NYHA : New York Heart Association