



**Informations pré-opératoires
Cardiostimulateurs/défibrillateurs
DEMANDE D'INFORMATIONS**

Étiquette Patient

Le patient en rubrique aura une intervention chirurgicale et est porteur d'un appareil de stimulation ou défibrillation.
NOUS VOULONS ASSURER LA SÉCURITÉ DE CE PATIENT DURANT SON INTERVENTION. MERCI DE NOUS FOURNIR LES INFORMATIONS EN LIEN AVEC LA DERNIÈRE VISITE À VOTRE CLINIQUE DE SUIVI.

SVP Faxer les informations à la Clinique pré-opératoire: _____

Si vous avez des questions complémentaires, nous rejoindre au: _____

Patient: _____ **# assurance maladie:** _____

Chirurgien: _____ **Intervention chirurgicale prévue:** _____

Date de la chirurgie: _____

Merci de remplir le questionnaire suivant:

Appareil: Cardiostimulateur, Défibrillateur, Cardiostimulateur BIV,
 Défibrillateur BIV

Manufacturier et modèle: _____, _____

L'appareil fait-il l'objet d'un rappel ? Non Oui _____

Date de l'implantation/Hôpital: ___/___/____, _____

Date de la visite de suivi la plus récente: ___/___/____

Clinique de suivi et médecin: _____, _____

Longévité minimale restante de la pile < 6 mois? Oui Non

Programmation:

Fréq. Min: _____, Fréq. Max. d'asservissement: _____, Fréq. Max du capteur: _____.

Senseur ventilation/minute: Oui Non Off, N/A

Au suivi : A-stimulé ___%, V-stimulé ___%, Considéré Stimulateur dépendant? Oui Non

Détection TV: ___/min, Détection FV: ___/min

Réponse à aimant: stimulation asynchrone, suspension détection et traitement des arythmies, aucune (désactivée)

Réponse attendue au retrait de l'aimant: paramètres originaux, autres

Commentaires: _____

Merci de votre coopération!