



**Canadian Cardiovascular
Society**

Leadership. Knowledge. Community.

**Société canadienne
de cardiologie**

Communauté. Connaissances. Leadership.

LE DICTIONNAIRE DE DONNÉES DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE CARDIOLOGIE

Un document de consensus de la SCC

FIBRILLATION ET FLUTTER AURICULAIRES ÉLÉMENTS DE DONNÉES ET DÉFINITIONS

VERSION FINALE v1.1

Dernière mise à jour : Le 16 juillet 2013

Copyright © 2013 La Société canadienne de cardiologie

La publication ne peut être reproduite ou modifiée sans la permission de la Société canadienne de cardiologie.

Pour une reproduction autorisée, veuillez obtenir la permission de :

Société canadienne de cardiologie
222, rue Queen, bureau 1403
Ottawa (Ontario)
Canada K1P 5V9
Courriel : healthpolicy@ccs.ca

Contexte

Le dictionnaire de données cardiovasculaires canadien de la Société canadienne de cardiologie est composé de plusieurs éléments de données et définitions classés par « chapitre » et basés sur un ensemble de commentaires et de consensus à l'échelle nationale en ce qui a trait aux définitions ayant cours dans plusieurs domaines d'expertise liés aux maladies cardiovasculaires, aux traitements et aux surspécialités.

Les éléments de données et les définitions de ce chapitre concernent **la fibrillation et le flutter auriculaires**, et complètent le chapitre des éléments fondamentaux.

Le présent dictionnaire contient également des éléments de données de soutien et des définitions pour les catalogues électroniques d'indicateurs de qualité de la Société canadienne de cardiologie pour la fibrillation et le flutter auriculaires. Les éléments de données contenus dans le présent dictionnaire ont été catégorisés dans les niveaux de classement suivants :

Essentiel : Ce sont les éléments de données minimum recommandés que l'on utilisera comme norme pour produire des rapports sur les principaux indicateurs de qualité ainsi que pour permettre la comparaison croisée avec d'autres centres à l'aide de ces éléments communs.

Spécialisé : Un ensemble élargi d'éléments de données recommandés qui sera employé pour une collecte et une analyse de données approfondies.

Consultez le www.ccs.ca/ pour la dernière version des catalogues électroniques d'indicateurs de qualité de la SCC pour la fibrillation et le flutter auriculaires, ainsi que pour d'autres domaines.

Définitions

La section suivante donne la définition de la terminologie et des principaux indicateurs de résultat employés dans le présent dictionnaire de données, ainsi que la terminologie et les principaux indicateurs de qualité employés dans les catalogues électroniques d'indicateurs de qualité pour la fibrillation et le flutter auriculaires.

TERMINOLOGIE	
TERME	DÉFINITION
Fibrillation auriculaire (FA)	La fibrillation auriculaire est une tachyarythmie supraventriculaire caractérisée par une activation auriculaire non coordonnée et entraînant une détérioration de la fonction mécanique auriculaire. Sur l'électrocardiogramme (ECG), la FA se manifeste par le remplacement d'ondes primaires stables par des oscillations rapides ou des vagues fibrillatoires dont la taille, la forme et la synchronisation peuvent varier. Elle est associée à une réaction ventriculaire irrégulière et souvent rapide quand la conduction atrioventriculaire est intacte. [Inspiré de la source : J Am Coll Cardiol 2006;45:e155]
Flutter auriculaire typique (AFL)	La forme typique du flutter auriculaire est caractérisée par des ondes F (pour « flutter ») en dents de scie rythmées sur l'ECG que l'on repère plus facilement dans les dérivations II, III, aVF et V1. Quand il n'est pas traité, le flutter donne lieu à une fréquence auriculaire de 240 à 320 battements par minute, souvent autour de 300 par minute, avec des vagues F inversées dans l'ECG aux dérivations II, III et aVF, et droites dans la dérivation V1. La direction de l'activation dans l'oreillette droite peut être inversée, ce qui entraînerait des vagues droites dans les dérivations II, III et aVF, et inversées dans la dérivation V1. Le flutter auriculaire est courant dans le bloc AV 2:1 et entraîne une fréquence ventriculaire irrégulière de 120 à 160 battements par minute (généralement autour de 150 battements par minute). [Inspiré de la source : J Am Coll Cardiol 2006;45:e155]
Flutter auriculaire atypique (AFL)	Dans sa forme atypique, l'activité auriculaire organisée dans l'ECG se retrouve dans au moins 3 dérivations, mais on ne remarque pas de dents de scie dans les dérivations inférieures. De plus, l'origine du rythme est souvent dans l'oreillette gauche. On définit ce flutter par l'absence de dents de scie quand il y a une activité auriculaire régulière, claire et organisée dans d'autres dérivations (et surtout dans V ₂) dans cet intervalle de fréquences et, souvent (mais pas toujours), avec une conduction AV fixe (2:1, 3:1, etc.) et une fréquence ventriculaire régulière. [Inspiré de la source : Europace 2012;12:804]
Documentation électrocardiographique (ECG)	ECG 12 dérivations, tracé du rythme, moniteur Holter, électrogrammes intracardiaques ou enregistreur d'événements
Fibrillation ou flutter auriculaire non valvulaire	Par convention le terme de fibrillation ou flutter non valvulaire est restreint aux cas dans lesquels le trouble du rythme survient en l'absence de valvulopathie mitrale rhumatismale, de prothèse valvulaire cardiaque et de réparation de la valvule mitrale. [Inspiré de la source : J Am Coll Cardiol 2006;45:e157]
Fibrillation ou flutter auriculaire valvulaire	Par opposition, le terme de fibrillation ou flutter auriculaire valvulaire est employé pour décrire les cas dans lesquels le trouble du rythme survient en présence de valvulopathie mitrale rhumatismale, de prothèse valvulaire cardiaque et de réparation de la valvule mitrale.
Valvulopathie mitrale rhumatismale	Puisque la régurgitation mitrale rhumatismale ne peut faire l'objet d'un diagnostic fiable sans spécimen pathologique, la « valvulopathie mitrale rhumatismale » est définie comme une sténose mitrale (généralement diagnostiquée par échocardiographie) dont la gravité est modérée ou élevée (surface valvulaire $\leq 1,5 \text{ cm}^2$ [Source : BSE Echocardiography: Guidelines for Valve Quantification]).
Nouveau diagnostic de fibrillation ou flutter auriculaire	La première documentation électrocardiographique a été au cours des 6 derniers mois, qu'il y ait eu ou non des symptômes compatibles avec la fibrillation ou le flutter auriculaire auparavant ET qu'il y a ait eu ou non plus d'un épisode documenté par électrocardiographie pendant la période qui a suivi la première documentation. Date du nouveau diagnostic de fibrillation ou flutter auriculaire (AAAAMMJJ)
Fibrillation ou flutter auriculaire admissible	L'épisode de fibrillation ou flutter auriculaire qui a donné lieu à la première entrée dans la base de données, qu'il se soit agit d'un nouveau diagnostic ou non. Date de la fibrillation ou du flutter auriculaire admissible (AAAAMMJJ)

PRINCIPAUX INDICATEURS DE RÉSULTAT

TERME	DÉFINITION
AVC	<p>L'accident vasculaire cérébral, ou AVC, consiste en un épisode aigu d'un déficit neurologique focal d'origine vasculaire présumée qui dure ≥ 24 heures ou qui entraîne la mort. L'AVC [est] [peut être] dit ischémique ou hémorragique, ou alors sa cause peut être inconnue (selon la tomographie par ordinateur, la résonance magnétique ou l'autopsie) [mais dans ce dernier cas, tous les AVC sont inclus]. On parle d'AVC fatal quand le patient décède dans les 30 jours d'un AVC, quelle que soit la cause exacte du décès. [Inspiré de la source : Am Heart J 2009;157:810.e1]</p> <p>L'AVC doit être confirmé par imagerie du cerveau (tomographie par ordinateur ou résonance magnétique) ou par une autopsie.</p> <p>Date de l'AVC (AAAAMMJJ) : date de début des symptômes de l'AVC</p> <p>Résultat CHA₂DS₂VASc au moment de l'AVC = résultat CHA₂DS₂-VASc</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Score = 0 2. Score = 1 3. Score = 2 4. Score = 3 5. Score = 4 ou plus 6. Score inconnu/incertain <p>Traitement antithrombotique au moment de l'AVC = traitement antithrombotique</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aucun traitement antithrombotique 2. Traitement aux anticoagulants seulement <ol style="list-style-type: none"> a. Warfarine ou autre antagoniste de la vitamine K b. Dabigatran c. Rivaroxaban d. Apixaban 3. Traitement antiplaquettaire seulement 4. Traitement antiplaquettaire et aux anticoagulants <ol style="list-style-type: none"> a. Warfarine ou autre antagoniste de la vitamine K b. Dabigatran c. Rivaroxaban d. Apixaban 5. Inconnu/Incertain
Contre-indication aux anticoagulants	<p>Liste d'exemples de l'étude ROCKET AF :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saignement interne actif • Antécédents de risques accrus de saignement (ou maladie associée à une hausse des risques), y compris : <ul style="list-style-type: none"> ○ une intervention chirurgicale majeure ou un traumatisme dans les 30 jours précédant l'aléation; ○ un saignement gastro-intestinal cliniquement significatif dans les 6 mois précédant l'aléation; ○ des antécédents de saignement intracrânien, intra-oculaire ou rachidien, ou de saignement intra-articulaire non traumatique; ○ un trouble hémorragique chronique; ○ un néoplasme intracrânien, une malformation artérioveineuse ou un anévrisme connu; ○ une intervention effractive prévue susceptible de déclencher un saignement non maîtrisé (par ex. une chirurgie majeure). <p>[Source : Am Heart J 2010;159:340-7.e1]</p> <p>Date à laquelle la contre-indication a été notée pour la première fois (AAAAMMJJ)</p>

Embolie systémique	<p>L'embolie systémique est une occlusion vasculaire aiguë des extrémités ou d'un organe (reins, artères mésentériques, rate, rétine ou greffons) et doit être documentée par angiographie, par chirurgie, par scintigraphie ou par autopsie. [Inspiré de la source : Am Heart J 2009;157:810.e1]</p> <p>Date de l'embolie systémique (AAAAMMJJ) : date du début des symptômes de l'embolie systémique</p> <p>Résultat CHA₂DS₂VASc au moment de l'embolie systémique = résultat CHA₂DS₂-VASc</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Score = 0 2. Score = 1 3. Score = 2 4. Score = 3 5. Score = 4 ou plus 6. Score inconnu/incertain <p>Traitement antithrombotique au moment de l'embolie systémique = traitement antithrombotique</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aucun traitement antithrombotique 2. Traitement aux anticoagulants seulement <ol style="list-style-type: none"> a. Warfarine ou autre antagoniste de la vitamine K b. Dabigatran c. Rivaroxaban d. Apixaban 3. Traitement antiplaquettaire seulement 4. Traitement antiplaquettaire et aux anticoagulants <ol style="list-style-type: none"> a. Warfarine ou autre antagoniste de la vitamine K b. Dabigatran c. Rivaroxaban d. Apixaban 5. Inconnu/Incertain
ICT	<p>Comme l'AVC, mais les symptômes prennent fin en <24 h et aucune imagerie n'a prouvé la présence d'un infarctus cérébral ou d'une hémorragie.</p> <p>Date de l'ICT (AAAAMMJJ) : date de début des symptômes de l'ICT</p> <p>Résultat CHA₂DS₂VASc au moment de l'ICT = résultat CHA₂DS₂-VASc</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Score = 0 2. Score = 1 3. Score = 2 4. Score = 3 5. Score = 4 ou plus 6. Score inconnu/incertain <p>Traitement antithrombotique au moment de l'ICT = traitement antithrombotique</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aucun traitement antithrombotique 2. Traitement aux anticoagulants seulement <ol style="list-style-type: none"> a. Warfarine ou autre antagoniste de la vitamine K b. Dabigatran c. Rivaroxaban d. Apixaban 3. Traitement antiplaquettaire seulement 4. Traitement antiplaquettaire et aux anticoagulants <ol style="list-style-type: none"> a. Warfarine ou autre antagoniste de la vitamine K b. Dabigatran c. Rivaroxaban d. Apixaban 5. Inconnu/Incertain

Hémorragie majeure	<p>Une hémorragie majeure est définie comme étant ≥ 1 des critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un saignement apparent associé à une réduction du niveau d'hémoglobine d'au moins 2,0 g/L; • un saignement apparent nécessitant une transfusion d'au moins 2 U de sang ou de concentré de globules; • un saignement symptomatique dans un endroit critique ou dans un organe (par ex. intra-oculaire, intracrânien, intraspinal ou intramusculaire) avec un syndrome des loges, un saignement rétropéritonéal, un saignement intra-articulaire ou un saignement péricardique. <p>[Inspiré de la source : Am Heart J 2009;157:810.e2]</p> <p>Dans le catalogue électronique d'indicateurs de qualité sur la fibrillation auriculaire, l'analyse en coupe est basée sur l'hospitalisation pour hémorragie majeure, tel que défini plus haut.</p> <p>Date du saignement majeur (AAAAMMJJ) = date de début des symptômes de saignement ou de détection du saignement apparent, quand il est asymptomatique</p> <p>Résultat CHA₂DS₂VASc au moment de l'ICT = résultat CHA₂DS₂-VASc</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Score = 0 2. Score = 1 3. Score = 2 4. Score = 3 5. Score = 4 ou plus 6. Score inconnu/incertain <p>Traitement antithrombotique au moment de l'hémorragie majeure = traitement antithrombotique</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aucun traitement antithrombotique 2. Traitement aux anticoagulants seulement <ol style="list-style-type: none"> a. Warfarine ou autre antagoniste de la vitamine K b. Dabigatran c. Rivaroxaban d. Apixaban 3. Traitement antiplaquettaire seulement 4. Traitement antiplaquettaire et aux anticoagulants <ol style="list-style-type: none"> a. Warfarine ou autre antagoniste de la vitamine K b. Dabigatran c. Rivaroxaban d. Apixaban 5. Inconnu/Incertain
Hospitalisation CV	<p>La raison principale de l'hospitalisation était cardiovasculaire; classée par raison(s) d'hospitalisation (cocher toutes les réponses qui s'appliquent) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gestion du rythme de la fibrillation ou du flutter auriculaire 2. Saignement 3. IC aigüe 4. IM 5. Autre syndrome coronarien aigu 6. Gestion du rythme pour une autre tachycardie supraventriculaire 7. Prise en charge de la bradycardie 8. Gestion du rythme pour TA, FA ou mort subite d'origine cardiaque 9. Autre, précisez <p>Date de l'hospitalisation CV (AAAAMMJJ)</p>
Hospitalisation non CV seulement	<p>La raison principale de l'hospitalisation n'était pas cardiovasculaire et aucun problème CV secondaire n'a été remarqué pendant l'hospitalisation</p> <p>Date de l'hospitalisation non CV (AAAAMMJJ)</p>

Hospitalisation non CV avec problème CV secondaire	<p>La raison principale de l'hospitalisation n'était pas cardiovasculaire, mais le patient a été atteint d'un problème CV secondaire pendant l'hospitalisation; caractérisé par le(s) problème(s) CV suivant(s) (cocher toutes les réponses qui s'appliquent) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gestion du rythme pour la fibrillation ou le flutter auriculaire 2. Saignement 3. IC aigüe 4. IM 5. Autre syndrome coronarien aigu 6. Gestion du rythme pour une autre tachycardie supraventriculaire 7. Prise en charge de la bradycardie 8. Gestion du rythme pour TA, FA ou mort subite d'origine cardiaque 9. Autre, précisez <p>Date de l'hospitalisation non CV avec problème CV secondaire (AAAAMMJJ)</p>
Visite à l'urgence CV (suivie ou non par une admission à l'hôpital)	<p>La raison principale de la visite à l'urgence était cardiovasculaire; classée par raison(s) de la visite à l'urgence (cocher toutes les réponses qui s'appliquent) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gestion du rythme de la fibrillation ou du flutter auriculaire 2. Saignement 3. IC aigüe 4. IM 5. Autre syndrome coronarien aigu 6. Gestion du rythme pour une autre tachycardie supraventriculaire 7. Prise en charge de la bradycardie 8. Gestion du rythme pour TA, FA ou mort subite d'origine cardiaque 9. Autre, précisez <p>Date de la visite à l'urgence CV (AAAAMMJJ)</p>
Perdu de vue	<p>Le patient a été perdu de vue de façon permanente en raison d'un déménagement, ou alors il ne se trouve plus dans la base de données pour n'importe quelle raison, administrative ou autre.</p> <p>Date du dernier contact (AAAAMMJJ)</p>
Décès	<p>Le patient est passé de vie à trépas et ne peut donc plus faire de suivi.</p> <p>Date du décès (AAAAMMJJ)</p>

TABLE DES MATIÈRES

PARTIE 1 – DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES, EXAMEN PHYSIQUE ET ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DU PATIENT ...	9
PARTIE 2 – RÉSUMÉ SUR LE PATIENT.....	20
PARTIE 3 – TESTS DE LABORATOIRE ET FEVG AU MOMENT DE LA CONSULTATION (LA PLUS RÉCENTE).....	22
PARTIE 4 – AUTRES TESTS AU MOMENT DE LA CONSULTATION (LA PLUS RÉCENTE).....	23
A. ÉLECTROCARDIOGRAPHIE	23
B. ÉCHOCARDIOGRAPHIE	24
C. ÉPREUVE À L’EFFORT AVEC IMAGERIE DE PERFUSION MYOCARDIQUE	28
D. CATHÉTÉRISME CARDIAQUE/ANGIOGRAPHIE.....	28
E. IMAGERIE DE RÉSONANCE MAGNÉTIQUE CARDIOVASCULAIRE POUR LA CARACTÉRISATION DES TISSUS.....	30
PARTIE 5 – TRAITEMENTS NON MÉDICAUX DE L’ARYTHMIE.....	31
A. AVANT LA CONSULTATION	31
B. PENDANT LA CONSULTATION MÉDICALE	32
PARTIE 6 – MÉDICAMENTS POUR TRAITER LA FIBRILLATION ET LE FLUTTER AURICULAIRES ET AUTRES MÉDICAMENTS PERTINENTS	34
A. ANTÉCÉDENTS DE MÉDICAMENTS ANTITHROMBOTIQUES ET ANTIARYTHMIQUES	34
ANTITHROMBOTIQUES.....	34
MÉDICAMENTS ANTIARYTHMIQUES.....	36
MÉDICAMENTS DE CONTRÔLE DE LA FRÉQUENCE.....	37
B. MÉDICAMENTS POUR TRAITER LA FIBRILLATION ET LE FLUTTER AURICULAIRES ET AUTRES MÉDICAMENTS PERTINENTS AU MOMENT DE LA CONSULTATION.....	38
ANTITHROMBOTIQUES.....	38
MÉDICAMENTS ANTIARYTHMIQUES.....	39
MÉDICAMENTS DE CONTRÔLE DE LA FRÉQUENCE.....	40
AUTRES MÉDICAMENTS PERTINENTS.....	41
C. MÉDICAMENTS POUR TRAITER LA FIBRILLATION ET LE FLUTTER AURICULAIRES ET AUTRES MÉDICAMENTS PERTINENTS PENDANT LA CONSULTATION MÉDICALE.....	42
ANTITHROMBOTIQUES.....	42
MÉDICAMENTS ANTIARYTHMIQUES	43
MÉDICAMENTS DE CONTRÔLE DE LA FRÉQUENCE.....	44
MÉDICAMENTS ANTIARYTHMIQUES PAR VOIE INTRAVEINEUSE.....	45
AUTRES MÉDICAMENTS PERTINENTS.....	46
D. MÉDICAMENTS AU MOMENT DU CONGÉ.....	47
ANTITHROMBOTIQUES.....	47
MÉDICAMENTS ANTIARYTHMIQUES	48
MÉDICAMENTS DE CONTRÔLE DE LA FRÉQUENCE.....	48
AUTRES MÉDICAMENTS PERTINENTS.....	49
PARTIE 7 – CARDIOVERSION ET ABLATION PENDANT LA CONSULTATION	51
PARTIE 8 – STRATÉGIE DE GESTION AU MOMENT DU CONGÉ	53
REMERCIEMENTS	54
AVERTISSEMENT	55
COPYRIGHT	55

PARTIE 1 – DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES, EXAMEN PHYSIQUE ET ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DU PATIENT

– Indiquez la DATE à laquelle les données ont été obtenues (AAAAMMJJ)

REMARQUE : Les éléments de données et les définitions suivants concernent ce chapitre et complètent le chapitre du dictionnaire de données sur les éléments fondamentaux.

ÉLÉMENT DE DONNÉES	CLASSIFICATION	DÉFINITION
Symptômes associés à des épisodes antérieurs de fibrillation ou de flutter auriculaire	ESSENTIEL	<p>Indiquez la présence des symptômes suivants en sélectionnant tout ce qui s'applique :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Palpitations <ol style="list-style-type: none"> a. Oui b. Non c. inconnu 2. Dyspnée <ol style="list-style-type: none"> a. Oui b. Non c. inconnu 3. Vertige, présyncope ou syncope <ol style="list-style-type: none"> a. Oui b. Non c. inconnu 4. Douleur thoracique <ol style="list-style-type: none"> a. Oui b. Non c. inconnu 5. Faiblesse ou fatigue <ol style="list-style-type: none"> a. Oui b. Non c. inconnu <p>Indiquez l'association. La fibrillation et le flutter auriculaires, s'ils sont présents, ou un traitement de la fibrillation ou du flutter auriculaires, sont-ils la cause probable de n'importe lequel des symptômes dans la liste ci-dessus (1 à 5) (contrairement à une autre cause)?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non <p>Attribuez un score SAF de la SCC en déterminant la capacité fonctionnelle du patient relativement à la fibrillation ou au flutter auriculaire, ou au traitement de la fibrillation ou du flutter auriculaire pendant les quatre dernières semaines :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 0 = Asymptomatique 2. 1 = Effet minimal sur la QV 3. 2 = Effet mineur sur la QV 4. 3 = Effet modéré sur la QV 5. 4 = Effet grave sur la QV
Fréquence d'épisodes symptomatiques antérieurs de fibrillation ou flutter auriculaire	ESSENTIEL	<p>Estimation du patient de l'intervalle entre les épisodes symptomatiques en termes de jours, de semaines ou de mois.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Intervalle moyen en termes de jours, de semaines ou de mois 2. Sans objet (sporadique ou épisode unique) 3. Sans objet (asymptomatique) 4. Sans objet (continu)

<p>Durée des épisodes symptomatiques antérieurs de fibrillation ou flutter auriculaire</p>	<p>ESSENTIEL</p>	<p>Estimation du patient de la durée de l'épisode le plus long et le plus court, et de l'épisode symptomatique habituel :</p> <p>Durée de l'épisode le plus long :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Moins de 48 heures <ol style="list-style-type: none"> a. Moins de 5 minutes b. De 5 minutes à moins de 6 heures c. De 6 heures à moins de 48 heures 2. De 48 heures à 7 jours 3. De 7 jours à 3 mois 4. Plus de 3 mois 5. Sans objet (asymptomatique) 6. Sans objet (continu) <p>Durée de l'épisode le plus court :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Moins de 48 heures <ol style="list-style-type: none"> a. Moins de 5 minutes b. De 5 minutes à moins de 6 heures c. De 6 heures à moins de 48 heures 2. De 48 heures à 7 jours 3. De 7 jours à 3 mois 4. Plus de 3 mois 5. Sans objet (asymptomatique) 6. Sans objet (continu) <p>Durée de l'épisode symptomatique habituel :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Moins de 48 heures <ol style="list-style-type: none"> a. Moins de 5 minutes b. De 5 minutes à moins de 6 heures c. De 6 heures à moins de 48 heures 2. De 48 heures à 7 jours 3. De 7 jours à 3 mois 4. Plus de 3 mois 5. Sans objet (asymptomatique) 6. Sans objet (continu)
<p>Administration d'un médicament antiarythmique pendant la cardioversion électrique</p>	<p>SPÉCIALISÉ</p>	<p>Indiquez le nom générique du médicament antiarythmique utilisé pour augmenter la cardioversion électrique, de la fréquence de la fibrillation ou du flutter auriculaire au rythme sinusal normal.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Amiodarone 2. Flécaïnide 3. Dofétilide 4. Propafénone 5. Sotalol 6. Dronédarone 7. Procaïnamide 8. Ibutilide 9. Autre, précisez <p>Indiquez la voie d'administration (intraveineuse ou orale) ainsi que la dose complète et les unités par jour. (Inclure la dose complète jusqu'à la cardioversion.)</p>

Antécédents d'arythmie - Tachycardies supraventriculaires autres que la fibrillation ou le flutter auriculaire	SPÉCIALISÉ	<p>Indiquez les antécédents du patient relativement aux tachycardies supraventriculaires autres que la fibrillation ou le flutter auriculaire. Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent. <ol style="list-style-type: none"> a. Tachycardies auriculo-ventriculaires réciproques causées par le syndrome de Wolff-Parkinson-White (lien auriculoventriculaire accessoire manifeste) b. Tachycardies nodales auriculo-ventriculaires de réentrée c. Tachycardies auriculo-ventriculaires réciproques avec lien auriculoventriculaire accessoire caché d. Tachycardies auriculaires e. Autres tachycardies supraventriculaires f. inconnu 2. Non 3. inconnu
Antécédents familiaux d'arythmies	ESSENTIEL	<p>Indiquez si le patient a des antécédents familiaux¹ de fibrillation ou de flutter auriculaire. Indiquez s'il y a des antécédents familiaux d'autres arythmies ou de maladies du système de conduction, antérieures ou non associées à la cardiopathie structurale (p. ex., syndrome de Brugada, etc.).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sélectionnez <u>toutes</u> les réponses qui s'appliquent. <ol style="list-style-type: none"> a. Fibrillation auriculaire b. Flutter auriculaire c. Autres arythmies ou maladie du système de conduction associées à la fibrillation ou au flutter auriculaire. Veuillez préciser. d. inconnu 2. Non 3. inconnu <p>La ou les arythmies, ou le ou les problèmes de conduction particuliers, doivent être précisés.</p> <p>¹Famille : parent par le sang du patient (père, mère, frère, sœur et enfant) qui a reçu un diagnostic</p>
Données probantes de dysfonctionnement ventriculaire (systolique ou diastolique) en raison de tachyarythmies	ESSENTIEL	<p>Indiquez si le patient souffre d'insuffisance cardiaque congestive attribuée à une tachycardie (habituellement plus de 120 bpm, durée du cycle < 500 ms) soutenue (généralement plus d'une semaine et souvent plus longtemps), qui ne peut être associée à aucune autre cause, et montre des signes d'amélioration après avoir corrigé la tachycardie, avec ou sans données probantes d'imagerie indiquant un dysfonctionnement systolique ou diastolique.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 3. inconnu
Antécédents de fibrillation ou de flutter auriculaire[^]	ESSENTIEL	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.

Stratégies thérapeutiques utilisées antérieurement pour la fibrillation ou le flutter auriculaire	SPÉCIALISÉ	<p>Indiquez les types de stratégies thérapeutiques qui ont déjà été utilisées. Sélectionnez <u>toutes</u> les réponses qui s'appliquent. (Remarque : Un traitement peut s'appliquer à plus d'une catégorie, p. ex., l'amiodarone peut être utilisée pour contrôler la fréquence ou le rythme.)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Contrôle de la fréquence : <ol style="list-style-type: none"> a. Pharmacologique b. Non pharmacologique <ol style="list-style-type: none"> i. Ablation seulement (modification de la jonction auriculoventriculaire) ii. Ablation avec stimulation (ablation de la jonction auriculoventriculaire) c. Hybride* d. Aucun 2. Contrôle du rythme : <ol style="list-style-type: none"> a. Pharmacologique b. Non pharmacologique <ol style="list-style-type: none"> i. Ablation ii. Stimulation antitachycardique c. Hybride* d. Aucun <p>*Hybride : l'utilisation simultanée de stratégies pharmacologiques et non pharmacologiques.</p>
Cardioversion électrique transthoracique antérieure pour traiter la fibrillation ou le flutter auriculaire	SPÉCIALISÉ	<p>Indiquez si des séances de cardioversion électrique transthoracique ont déjà été tentées et ont permis de faire disparaître la fibrillation ou le flutter auriculaire. Une séance peut inclure plusieurs chocs successifs.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui (c.-à-d. une tentative) <ol style="list-style-type: none"> a. Succès b. Échec <ol style="list-style-type: none"> i. Jamais (aucune restauration du rythme sinusal) ii. c. Succès avec récurrence <ol style="list-style-type: none"> i. Récurrence immédiate, dans la minute suivante ii. Récurrence précoce, 1 minute à 24 heures iii. Récurrence subaiguë, 24 heures à 14 jours iv. Récurrence tardive, > 14 jours d. inconnu 2. Non (c.-à-d. aucune tentative) 3. inconnu
Cardioversion pharmacologique antérieure pour la fibrillation ou le flutter auriculaire	ESSENTIEL	<p>Indiquez si une cardioversion pharmacologique pour la fibrillation ou le flutter auriculaire a déjà été tentée et a permis de faire disparaître la fibrillation ou le flutter auriculaire.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui (c.-à-d. une tentative) <ol style="list-style-type: none"> a. Succès (c.-à-d. que l'administration du médicament a permis de faire disparaître la fibrillation ou le flutter auriculaire) <ol style="list-style-type: none"> i. Indiquez le nom de tous les médicaments génériques administrés qui ont permis de faire disparaître la fibrillation ou le flutter auriculaire. b. Échec <ol style="list-style-type: none"> i. Indiquez le nom de tous les médicaments génériques administrés qui n'ont pas permis de faire disparaître la fibrillation ou le flutter auriculaire. 2. Non (c.-à-d. aucune tentative) 3. inconnu

Antécédents de bradycardie sinusale ou de maladie du sinus	ESSENTIEL	<p>Le patient a des antécédents documentés² de symptômes dus à un dysfonctionnement du nœud sino-auriculaire.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui Dans l'affirmative, ils sont rendus évidents par ce qui suit. Sélectionnez tout ce qui s'applique : <ol style="list-style-type: none"> a. Bradycardie sinusale : Fréquence sinusale de 40 à 50 bpm avec axe d'onde P normale b. Bradycardie sinusale grave : Fréquence sinusale inférieure à 40 bpm avec axe d'onde P normale c. Arrêt sinusal : Absence soudaine d'activité sinusale d. Bloc de sortie sino-atrial : Perte d'activité sinusale à un intervalle lié à l'intervalle de base P-P e. Syndrome de tachycardie-bradycardie : Tachycardies paroxystiques suivies d'une bradycardie ou de pauses > 4 secondes dès la fin 2. Non 3. inconnu
Antécédents de bloc atrioventriculaire (AV)	ESSENTIEL	<p>Antécédents documentés de bloc AV chez le patient, et son degré le plus élevé :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui Dans l'affirmative, indiquez le degré le plus élevé (ne choisissez qu'un degré) : <ol style="list-style-type: none"> a. 1^{er} degré : intervalle PR supérieur à 210 ms b. 2^e degré : <ol style="list-style-type: none"> i. Mobitz I (Wenckebach) : prolongement PR graduel jusqu'au bloc AV ii. Mobitz II : intervalle PR jusqu'au bloc AV c. Bloc AV avancé (p. ex., 2:1, 3:1) avec une fréquence auriculaire < 100 d. 3^e degré (blocage cardiaque complet) : Activité auriculaire et activité ventriculaire indépendantes avec une fréquence auriculaire inférieure à 100 et plus rapide que la fréquence ventriculaire 2. Non 3. inconnu
Antécédents d'ablation pour une raison autre que la fibrillation ou le flutter auriculaire	SPÉCIALISÉ	<p>Le patient a des antécédents documentés d'ablation pour une raison autre que la fibrillation ou le flutter auriculaire.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui Dans l'affirmative, précisez l'indication, qui peut inclure : (Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.) <ol style="list-style-type: none"> a. Tachycardies auriculo-ventriculaires réciproques causées par le syndrome de Wolff-Parkinson-White (lien auriculoventriculaire accessoire manifeste) b. Tachycardies nodales auriculo-ventriculaires de réentrée c. Tachycardies auriculo-ventriculaires réciproques avec lien auriculoventriculaire accessoire caché d. Tachycardie auriculaire e. Tachycardie ventriculaire (TV) f. Autres tachycardies supraventriculaires 2. Non 3. inconnu

² Dans le présent document, les termes « antécédents documentés » signifient qu'un médecin a dit au patient que le diagnostic est clair. Ils peuvent également signifier que ce diagnostic figure dans un dossier médical.

Antécédents de chirurgie cardiaque valvulaire	ESSENTIEL	<p>Le patient a des antécédents documentés de chirurgie cardiaque valvulaire, indiquant le ou les types et la ou les valvules.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui Dans l'affirmative, indiquez le type de chirurgie et la valvule en sélectionnant toutes les réponses qui s'appliquent : <ol style="list-style-type: none"> a. Réparation b. Remplacement <ol style="list-style-type: none"> i. Bioprothèse ii. Mécanique iii. TAVI (remplacement valvulaire aortique par cathétérisme) c. Valvule. Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent. <ol style="list-style-type: none"> i. Aortique ii. Mitrale iii. Autre, précisez 2. Non 3. inconnu
Diabète (sucré)^	ESSENTIEL	<p>^ REMARQUE : Cette définition est propre à ce chapitre et différente intentionnellement de celle du diabète (sucré) défini dans le chapitre des éléments fondamentaux.</p> <p>Le patient a des antécédents documentés de diabète sucré diagnostiqué ou traité par un médecin avant la consultation.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui. Dans l'affirmative, indiquez s'il y a gestion du diabète (sélectionnez plus d'un choix s'il y a lieu) : <ol style="list-style-type: none"> a. Aucun b. Régime alimentaire c. Hypoglycémiant oral d. Insuline e. Médicaments injectables autres que l'insuline f. Autre, précisez 2. Non 3. inconnu
Antécédents de cardiopathie valvulaire	ESSENTIEL	<p>Le patient a des antécédents documentés de régurgitation ou de sténose de modérée à grave avec ou sans chirurgie valvulaire antérieure.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent). Dans l'affirmative, indiquez le degré de sévérité et la valvule. <ol style="list-style-type: none"> a. Sténose modérée. Indiquez la ou les valvules concernées (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent). <ol style="list-style-type: none"> i. Aortique ii. Mitrale iii. Autre, précisez b. Sténose grave. Indiquez la ou les valvules concernées (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent). <ol style="list-style-type: none"> i. Aortique ii. Mitrale iii. Autre, précisez c. Régurgitation modérée. Indiquez la ou les valvules concernées (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent). <ol style="list-style-type: none"> i. Aortique ii. Mitrale iii. Autre, précisez d. Régurgitation grave. Indiquez la ou les valvules concernées (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent). <ol style="list-style-type: none"> i. Aortique ii. Mitrale iii. Autre, précisez 2. Non 3. inconnu <p>La date de début (premier diagnostic) pourrait être utile.</p>

Antécédents de maladie thyroïdienne	ESSENTIEL	<p>Le patient a des antécédents documentés d'hyperthyroïdie ou d'hypothyroïdie.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui <ul style="list-style-type: none"> Dans l'affirmative, indiquez le type : <ol style="list-style-type: none"> a. Dans le cas d'une hyperthyroïdie, indiquez si le patient a des antécédents documentés de traitement antérieur à l'iode radioactif ou de traitement médical pour l'hyperthyroïdie. <ol style="list-style-type: none"> i. Oui ii. Non iii. inconnu b. Hyperthyroïdie <ol style="list-style-type: none"> i. Oui <ul style="list-style-type: none"> Dans l'affirmative, l'hormonothérapie <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 3. inconnu ii. Non iii. inconnu 2. Non
Hypertension[^]	ESSENTIEL	^Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Antécédents de cardiomyopathie non ischémique	ESSENTIEL	<p>Le patient a des antécédents documentés de cardiomyopathie.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui <ul style="list-style-type: none"> Dans l'affirmative, indiquez <ol style="list-style-type: none"> a. Hypertrophique <ol style="list-style-type: none"> i. Non obstructive, sans hypertension ii. Obstructive b. Dilatée c. Autre, précisez 2. Non 3. inconnu
Antécédents de maladie du foie chronique	ESSENTIEL	<p>Le patient a des antécédents documentés de cirrhose ou de maladie du foie chronique.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 3. inconnu
Antécédents d'hypertension pulmonaire	ESSENTIEL	<p>Le patient a des antécédents documentés de pression artérielle pulmonaire systolique supérieure à 35 mm Hg, mesurée au repos par cathétérisme cardiaque droit, ou estimée à partir de l'échocardiographie.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui <ul style="list-style-type: none"> Dans l'affirmative, précisez l'étiologie : <ol style="list-style-type: none"> a. Primaire b. Secondaire – Cardiopathie c. Secondaire – Maladie pulmonaire d. Mixte e. inconnu 2. Non 3. inconnu
Maladie vasculaire cérébrale antérieure[^]	ESSENTIEL	^Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Accident vasculaire cérébral (AVC) antérieur	ESSENTIEL	<p>Le patient a des antécédents documentés d'accident vasculaire cérébral (AVC) (ischémique, hémorragique ou de type inconnu) comme l'atteste un déficit neurologique chronique.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 3. inconnu

Antécédents de cardiopathie ischémique	ESSENTIEL	<p>Le patient a des antécédents documentés de <u>n'importe quel type</u> de cardiopathie ischémique.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Antécédents d'IM. Le patient a souffert d'au moins un épisode d'IM documenté avant la présente consultation. REMARQUE : Les antécédents d'IM (signalés par le patient) devraient être codés « Oui » seulement si l'IM est survenu avant le début des symptômes qui ont mené au présent épisode de soins. Choisissez « Non » si le seul IM du patient est survenu à un établissement de transfert (c.-à-d., fibrillation ou flutter auriculaire pendant un épisode d'IM aigu). <ol style="list-style-type: none"> a. Oui b. Non c. inconnu 2. Antécédents d'angine. Le patient a des antécédents documentés d'angine diagnostiquée ou traitée par un médecin. <ol style="list-style-type: none"> a. Oui b. Non c. inconnu 3. ICP antérieure. Le patient a déjà subi une ICP. Cela comprend toute tentative d'ICP réussie ou non avant la présente consultation. <ol style="list-style-type: none"> a. Oui b. Non c. inconnu 4. PAC antérieur. Le patient a déjà subi un pontage aortocoronarien (PAC) avant la présente consultation. <ol style="list-style-type: none"> a. Oui b. Non c. inconnu
Maladie artérielle périphérique[^]	ESSENTIEL	^Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Antécédents d'hémorragie intracrânienne qui n'est pas causée par un AVC	ESSENTIEL	<p>Le patient a des antécédents documentés de n'importe quel type de saignement à l'intérieur et à proximité du cerveau, qui n'est pas causé par un AVC.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui <ol style="list-style-type: none"> a. Dans l'affirmative, indiquez les catégories : <ol style="list-style-type: none"> i. Hémorragie sous-arachnoïdienne ii. Autre (y compris l'hématome sous-dural et épidual). Veuillez préciser. iii. inconnu b. Dans l'affirmative, indiquez si l'état est documenté par : <ol style="list-style-type: none"> i. Tomographie par ordinateur ii. IRM 2. Non 3. inconnu
Antécédents d'une autre hémorragie	ESSENTIEL	<p>Le patient a des antécédents documentés de saignement.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui <p>Dans l'affirmative, veuillez préciser selon les critères suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Majeur : Saignement apparent ayant pour conséquence la transfusion d'au moins deux unités de sang total ou de globules rouges, exigeant l'hospitalisation ou la chirurgie, et entraînant une incapacité permanente, ou impliquant un site anatomique essentiel (saignement rétropéritonéal, péricardique, intraspinal, intracrânien, intra-articulaire non traumatique ou intraoculaire associé à une détérioration soudaine de l'acuité visuelle). b. Évident au plan clinique (mais non majeur) c. Occulte (p. ex., selle asymptomatique positive avec le test au gaïac). Indiquez le niveau de baisse d'hémoglobine et l'intervalle de temps si les données sont disponibles. 2. Non 3. inconnu

Antécédents d'apnée du sommeil	ESSENTIEL	Le patient a des antécédents documentés d'apnée du sommeil. 1. Oui Dans l'affirmative, veuillez préciser : a. Apnée obstructive du sommeil : collapsus récurrent du pharynx pendant le sommeil b. Apnée centrale du sommeil : arrêt transitoire de la commande neurale aux muscles respiratoires c. Mixte d. inconnu 2. Non 3. inconnu
Antécédents d'implantation d'un stimulateur cardiaque	ESSENTIEL	Indiquez si un patient a déjà reçu un stimulateur cardiaque ou en possède un présentement. 1. Oui a. Dans l'affirmative, sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent : i. Chambre unique (auriculaire) ii. Chambre unique (ventriculaire) iii. Deux chambres (auriculaire et ventriculaire, mais non TRC) iv. TRC de n'importe quel type b. Dans l'affirmative, précisez l'indication (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent) : i. dysfonctionnement du nœud sino-auriculaire ii. bloc AV iii. Insuffisance cardiaque congestive iv. Fibrillation auriculaire v. inconnu 2. Non
MPOC[^]	ESSENTIEL	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Asthme	ESSENTIEL	Le patient souffre d'asthme isolé (affection respiratoire réactionnelle qui répond au traitement avec des bronchodilatateurs). 1. Oui 2. Non 3. inconnu
Mode de stimulation actuel	SPÉCIALISÉ	Indiquez le mode de stimulation actuel en sélectionnant un mode : 1. VVI 2. DDD 3. DDI 4. AAI 5. Autre (précisez) Indiquez le niveau de réactivité : 1. Oui 2. Non Indiquez le TRC : 1. Oui 2. Non

<p>Antécédents d'insertion d'un défibrillateur cardiovertteur implantable (DCI)</p>	<p>SPÉCIALISÉ</p>	<p>Indiquez si le patient a déjà eu un défibrillateur cardiaque ou en possède un actuellement.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui <ul style="list-style-type: none"> Dans l'affirmative, précisez le type : <ol style="list-style-type: none"> a. VVI b. DDD c. Autre, précisez 2. Non <p>Indiquez le niveau de réactivité :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non <p>Indiquez le TRC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non <p>Précisez l'indication en sélectionnant une réponse :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prévention secondaire de l'arrêt cardiaque 2. Prévention primaire de l'arrêt cardiaque Risque élevé de tachycardie ou de fibrillation ventriculaire (p. ex., cardiomyopathie ischémique, cardiomyopathie non ischémique, cardiomyopathie hypertrophique, syndrome de Brugada, syndrome du QT long, cardiomyopathie arythmogène du ventricule droit. 3. Syncope avec tachycardie ventriculaire inducible 4. Syncope inexplicée 5. Autre, précisez
<p>Score CHADS₂</p>	<p>ESSENTIEL</p>	<p>Indiquez si l'un des éléments de CHADS₂ figure dans le dossier médical. Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Antécédents d'insuffisance cardiaque congestive <ol style="list-style-type: none"> a. Oui b. Non 2. Antécédents d'hypertension <ol style="list-style-type: none"> a. Oui b. Non 3. Âge ≥75 ans <ol style="list-style-type: none"> a. Oui b. Non 4. Antécédents de diabète sucré <ol style="list-style-type: none"> a. Oui b. Non 5. Antécédents d'AVC, d'ICT (ischémie cérébrale transitoire) <ol style="list-style-type: none"> a. Oui b. Non <p>Indiquez si le score CHADS₂ réel a été calculé et figure dans le dossier médical.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui <ol style="list-style-type: none"> a. Précisez le score CHADS₂. b. Indiquez la date du score CHADS₂ le plus récent. 2. Non

Score CHA₂DS₂-VASc	ESSENTIEL	<p>Indiquez si les éléments de CHA₂DS₂-VASc figurent dans le dossier médical.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Antécédents d'insuffisance cardiaque congestive ou de dysfonctionnement du VG (dysfonction systolique grave où FEVG ≤ 40) <ol style="list-style-type: none"> a. Oui b. Non 2. Antécédents d'hypertension <ol style="list-style-type: none"> a. Oui b. Non 3. Âge ≥75 ans <ol style="list-style-type: none"> a. Oui b. Non 4. Antécédents de diabète sucré <ol style="list-style-type: none"> a. Oui b. Non 5. Antécédents d'AVC ou d'ICT (ischémie cérébrale transitoire), ou de thromboembolie systémique <ol style="list-style-type: none"> a. Oui b. Non 6. Maladie vasculaire (épisode antérieur d'IM, de maladie artérielle périphérique, de plaque aortique) <ol style="list-style-type: none"> a. Oui b. Non 7. Patient âgé de 65 à 74 ans <ol style="list-style-type: none"> a. Oui b. Non 8. Femme <ol style="list-style-type: none"> a. Oui b. Non <p>Indiquez si le score CHA₂DS₂-VASc réel a été calculé et figure dans le dossier médical.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui <ol style="list-style-type: none"> a. Précisez le score CHA₂DS₂-VASc b. Indiquez la date du score CHA₂DS₂-VASc le plus récent 2. Non
Score AS-BLED	ESSENTIEL	<p>Indiquez si les éléments du score HAS-BLED figurent dans le dossier médical.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hypertension (PS > 160 mm Hg) <ol style="list-style-type: none"> a. Oui b. Non 2. Fonction rénale anormale (clairance de la créatinine < 50 ml/min) <ol style="list-style-type: none"> a. Oui b. Non 3. Fonction hépatique anormale <ol style="list-style-type: none"> a. Oui b. Non 4. AVC antérieur <ol style="list-style-type: none"> a. Oui b. Non 5. Antécédents de saignement important du point de vue clinique <ol style="list-style-type: none"> a. Oui b. Non 6. RIN labile (transthyréline (TTR) < 60 %) <ol style="list-style-type: none"> a. Oui b. Non 7. Personne âgée > 75 <ol style="list-style-type: none"> a. Oui b. Non 8. Médicaments (aspirine ou médicament anti-inflammatoire non stéroïdien) <ol style="list-style-type: none"> a. Oui b. Non <p>Indiquez si le score HAS-BLED réel a été calculé et figure dans le dossier médical.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui <ol style="list-style-type: none"> a. Précisez le score HAS-BLED b. Indiquez la date du score HAS-BLED le plus récent 2. Non

PARTIE 2 – RÉSUMÉ SUR LE PATIENT

– Indiquez la DATE du résumé sur le patient (AAAAMMJJ)

REMARQUE : Les éléments de données et les définitions suivants concernent ce chapitre et complètent le chapitre du dictionnaire de données sur les éléments fondamentaux.

ÉLÉMENT DE DONNÉES	CLASSIFICATION	DÉFINITION
<p>Classement des épisodes de fibrillation ou de flutter auriculaire admissibles</p>	<p>ESSENTIEL</p>	<p>Indiquez la date de la fibrillation ou du flutter auriculaire admissible (AAAAMMJJ) L'épisode le plus récent ou l'épisode actuel de présentation consigné qui rend le patient admissible.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nouveau diagnostic <ol style="list-style-type: none"> a. Oui, indiquez la date du nouveau diagnostic de fibrillation ou de flutter auriculaire (AAAAMMJJ) et son type : <ol style="list-style-type: none"> i. Fibrillation ou flutter auriculaire paroxystique : La fibrillation ou le flutter auriculaire se termine spontanément dans les sept jours du début observé. ii. Fibrillation ou flutter auriculaire persistant : La fibrillation ou le flutter auriculaire ne se termine pas spontanément dans les sept jours, ou est éliminé par un traitement électrique ou pharmacologique. iii. FA persistante de longue date > 1 an iv. Fibrillation ou flutter auriculaire permanent : La fibrillation ou le flutter auriculaire est accepté et la cardioversion est un échec ou n'a pas été tentée. v. Non b. Non 2. FA récurrente (≥ 2 épisodes) <ol style="list-style-type: none"> a. Oui, : <ol style="list-style-type: none"> i. Fibrillation ou flutter auriculaire paroxystique : La fibrillation ou le flutter auriculaire se termine spontanément dans les sept jours du début observé. ii. Fibrillation ou flutter auriculaire persistant : La fibrillation ou le flutter auriculaire ne se termine pas spontanément dans les sept jours, ou est éliminé par un traitement électrique ou pharmacologique. iii. FA persistante de longue date > 1 an iv. Fibrillation ou flutter auriculaire permanent : La fibrillation ou le flutter auriculaire est accepté et la cardioversion est un échec ou n'a pas été tentée. b. Non <p>*Une fibrillation ou un flutter auriculaire nouvellement détecté et récurrent peut aussi être paroxystique, persistant, persistant de longue durée ou permanent.</p> <p>N.B. : Il s'agit du classement du plus récent épisode ou de l'épisode actuel de fibrillation ou de flutter auriculaire d'une personne. Pour le classement du patient, voir sous « Classement du patient ».</p>

Fibrillation ou flutter auriculaire dû à une cause transitoire ou réversible (« FA ou FLA ou FLA circonstanciels »)	ESSENTIEL	Indiquez si la fibrillation ou le flutter auriculaire admissible est dû à une cause transitoire ou réversible, c.-à-d. une « fibrillation ou un flutter auriculaire circonstanciel ». <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui <p>Dans l'affirmative, sélectionnez <u>toutes</u> les réponses qui s'appliquent :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Postopératoire suivant une chirurgie cardiaque b. Postopératoire suivant une chirurgie thoracique non cardiaque c. Postopératoire suivant une chirurgie non thoracique non cardiaque d. Péricardite e. Maladie pulmonaire f. Aggravation de MPOC g. Pneumonie h. Agent adrénergique excessif des bronchodilatateurs i. Hyperthyroïdie ou surdose dans le cadre de l'hormonothérapie substitutive j. Consommation excessive d'alcool k. Autre fibrillation ou flutter auriculaire « circonstanciel », veuillez préciser 2. Non
Diagnostic cardiaque principal	ESSENTIEL	Le patient a des antécédents documentés d'un diagnostic cardiaque principal pour <u>l'une</u> des affections suivantes : <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui <p>Dans l'affirmative, veuillez préciser :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Cardiopathie valvulaire; dysfonctionnement valvulaire de modéré à grave, ou chirurgie valvulaire antérieure b. Cardiomyopathie hypertrophique. Exclure l'hypertrophie ventriculaire gauche concentrique de la cardiopathie hypertensive. c. Cardiomyopathie dilatée non ischémique d. Autre cardiomyopathie. Veuillez préciser. e. Cardiopathie ischémique, avec ou sans dysfonctionnement du ventricule gauche (épisodes antérieurs documentés d'infarctus du myocarde, d'angine ou de revascularisation coronarienne) f. Coronaropathie sans cardiopathie ischémique (la sténose de l'artère coronaire, indiquée par la coronarographie, est supérieure ou égale à 50 %; sans n° 5) g. Cardiopathie congénitale h. Autre cardiopathie. Veuillez préciser i. Hypertension, avec ou sans hypertrophie du ventricule gauche et dysfonctionnement diastolique 2. Aucune cardiopathie structurelle ou fonctionnelle, ou hypertension 3. inconnu
Classement du patient selon les épisodes de fibrillation ou de flutter auriculaire	ESSENTIEL	Classez l'état actuel du patient selon les épisodes de fibrillation ou de flutter auriculaire au cours des douze derniers mois. Choisissez une réponse. <ol style="list-style-type: none"> 1. Nouveau diagnostic : Le patient a souffert d'un seul épisode documenté par ECG pour la première fois, qui a duré moins de six mois, ou dans l'espace de six mois si la fibrillation ou le flutter auriculaire était paroxystique ou avec cardioversion 2. Paroxystique : Le patient a des antécédents de deux épisodes ou plus de fibrillation ou de flutter auriculaire paroxystique seulement 3. Persistante : Le patient a des antécédents de deux épisodes ou plus de fibrillation ou de flutter auriculaire persistant seulement 4. Combinaison de FA paroxystique et persistante : Le patient a des antécédents de deux épisodes ou plus de fibrillation ou de flutter auriculaire, du type paroxystique ou persistant (au moins un épisode de chaque type). 5. Persistante de longue durée : FA continue qui a été présente pendant plus d'un an. 6. Permanente : Le patient a des antécédents de deux épisodes ou plus de fibrillation ou de flutter auriculaire, dont au moins un épisode de fibrillation ou de flutter auriculaire permanent, ou un épisode détecté pour la première fois, d'une durée de plus de six mois, pour laquelle aucune tentative ou nouvelle tentative visant à restaurer le rythme sinusal n'est prévue. <p>(Voir « Rythme admissible » pour connaître les définitions du classement des épisodes.)</p>

PARTIE 3 – TESTS DE LABORATOIRE ET FEVG AU MOMENT DE LA CONSULTATION (LA PLUS RÉCENTE)

REMARQUE : Les éléments de données et les définitions suivants concernent ce chapitre et complètent le chapitre du dictionnaire de données sur les éléments fondamentaux.

ÉLÉMENT DE DONNÉES	CLASSIFICATION	DÉFINITION
Hémoglobine	ESSENTIEL	Consignez la plus récente valeur d'hémoglobine (HGB) en g/L et la date de l'analyse (AAAAMMJJ).
Plaquettes	SPÉCIALISÉ	Consignez la plus récente numération plaquettaire et la date de l'analyse (AAAAMMJJ).
Tests d'évaluation de la fonction thyroïdienne	ESSENTIEL	Consignez les plus récents résultats d'analyse de la fonction thyroïdienne et la date de l'analyse (AAAAMMJJ). <ol style="list-style-type: none"> 1. Niveau de la thyroïdostimuline (mU/ml) 2. T4 libre (pmol/l) 3. T3 totale (nmol/l)
Fonction hépatique - Évaluation	ESSENTIEL	Consignez l'évaluation de la fonction hépatique la plus récente et la date de l'analyse (AAAAMMJJ). (Sélectionnez <u>toutes</u> les réponses qui s'appliquent.) <ol style="list-style-type: none"> 1. Bilirubine totale (µmol/l) 2. Phosphatase alcaline (U/l) 3. Sérum glutamo-oxalacétique transaminase (SGOT) (U/l) 4. Glutamate pyruvate transaminase (GPT) (U/l) 5. Autre, veuillez préciser.
Potassium	ESSENTIEL	Consignez la plus récente valeur de potassium sérique (mmol/l) et la date de l'analyse (AAAAMMJJ).
Magnésium	SPÉCIALISÉ	Consignez la plus récente valeur de magnésium sérique (mmol/l) et la date de l'analyse (AAAAMMJJ).
Rapport international normalisé (RIN)	ESSENTIEL	Consignez la plus récente valeur du RIN et la date de l'analyse (AAAAMMJJ).
Fonction (VG)^	ESSENTIEL	^Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Créatinine ou DFGe	ESSENTIEL	Indiquez la valeur la plus récente et la date de l'analyse (AAAAMMJJ). <ol style="list-style-type: none"> 1. Créatinine µmol/l 2. DFGe ml/min/1,73 m² (indiquez la méthode d'estimation du DFG) <ol style="list-style-type: none"> a. Cockcroft-Gault b. Formule MRMR modifiée c. Autre, précisez

PARTIE 4 – AUTRES TESTS AU MOMENT DE LA CONSULTATION (LA PLUS RÉCENTE)

A. ÉLECTROCARDIOGRAPHIE

ÉLÉMENT DE DONNÉES	CLASSIFICATION	DÉFINITION
Date de l'électrocardiographie	ESSENTIEL	Indiquez la date de l'électrocardiographie (AAAAMMJJ).
Rythme	ESSENTIEL	Indiquez les catégories de rythme présent. Sélectionnez <u>toutes</u> les réponses qui s'appliquent : <ol style="list-style-type: none"> 1. Rythme sinusal 2. Fibrillation auriculaire 3. Flutter auriculaire 4. Stimulation <ol style="list-style-type: none"> a. Stimulation auriculaire – AAI, DDD, etc. b. Stimulation ventriculaire seulement – VVI* 5. Autre, précisez (p. ex., tachycardie ventriculaire, tachycardie supraventriculaire) *peut s'appliquer en plus des n ^{os} 1 à 3
Fréquence cardiaque dans l'ECG	ESSENTIEL	Fréquence cardiaque (battements par minute) telle que mesurée par l'ECG. Numération recommandée des complexes QRS pendant une période minimale de 10 à 15 secondes. Si la période est de 10 secondes, multipliez par 6; si la période est de 12 secondes, multipliez par 5; si la période est de 15 secondes, multipliez par 4.* *Les fréquences cardiaques automatisées de l'ECG sont souvent inexactes pendant un épisode de FA avec une fréquence cardiaque supérieure à 85 par minute.
IM antérieur	ESSENTIEL	Indiquez si des ondes Q pathologiques sont présentes dans l'ECG. <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 3. inconnu
Hypertrophie du ventricule gauche	ESSENTIEL	Indiquez la présence d'une hypertrophie du ventricule gauche. Dans l'affirmative, précisez les critères. Les critères suivants ont été validés prospectivement dans le cadre d'études cliniques. <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui (veuillez préciser) <ol style="list-style-type: none"> a. Tension Sokolow-Lyon : S à V1 R V5 ou V6 au-dessus de 38 mm (n'exige pas l'ajustement pour le sexe ou l'âge) b. Tension Cornell : R avL S V3 au-dessus de 20 mm chez les femmes ou 28 mm chez les hommes c. Produit Cornell : Tension Cornell multipliée par la durée QRS supérieure à 2 440 (chez les femmes, 6 mm sont ajoutés à leur tension Cornell) 2. Non
Bloc de branche complet	ESSENTIEL	Indiquez si l'un des éléments suivants est présent, défini comme un QRS supérieur à 120 millisecondes. <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui (veuillez préciser) <ol style="list-style-type: none"> a. Bloc de branche droit b. Bloc de branche gauche c. Délai de conduction intraventriculaire non spécifique 2. Non
Préexcitation	SPÉCIALISÉ	Intervalle PR < 100 msec, et indiquez si l'onde delta caractéristique est présente. <ol style="list-style-type: none"> 1. PR < 100 msec <ol style="list-style-type: none"> a. Oui b. Non 2. Onde delta <ol style="list-style-type: none"> a. Oui b. Non

Anomalie auriculaire	ESSENTIEL	Indiquez si une anomalie auriculaire gauche, droite ou biauriculaire est présente. 1. Oui, précisez. a. Gauche b. Droite c. Biauriculaire 2. Non
Durée de l'onde P	FACULTATIF	Indiquez l'onde P la plus longue ou large dans n'importe laquelle des 12 dérivations (millisecondes).
Intervalle PR	ESSENTIEL	La plus longue période mesurée à partir du début de l'onde P jusqu'au début du complexe QRS dans une dérivation d'ECG donnée.
Intervalle QT	SPÉCIALISÉ	Indiquez l'intervalle QT : 1. Mesure de l'intervalle QT moyen et de la fréquence cardiaque dans l'enregistrement ECG de plusieurs dérivations (au moins trois) d'ECG. a. Intervalles RR réguliers : une seule valeur est nécessaire; utilisez la valeur la plus longue parmi les 12 dérivations. b. Intervalles RR irréguliers : moyenne pour trois battements consécutifs REMARQUE : L'intervalle QT est mesuré à partir du début le plus précoce de QRS jusqu'à la fin la plus tardive de l'onde T dans ces dérivations. (L'onde U doit être exclue de la mesure. L'onde T doit être extrapolée comme tangente de la course descendante maximale vers la valeur de base isoélectrique.)
Intervalle QT corrigé (QTc)	SPÉCIALISÉ	Indiquez l'intervalle QT corrigé (QTc). REMARQUE : Même si plusieurs techniques sont disponibles pour corriger l'intervalle QT de la fréquence cardiaque (QTc), la méthode la plus simple et la plus utilisée est la formule Bazett : $QTc = \text{mesure de QT} / \sqrt{\text{intervalle RR}}$ précédent en secondes.

B. ÉCHOCARDIOGRAPHIE

ÉLÉMENT DE DONNÉES	CLASSIFICATION	DÉFINITION
Date de l'échocardiographie	ESSENTIEL	Indiquez la date de l'échocardiographie (AAAAMJJ).
Dimension antéro-postérieure de l'oreillette gauche	ESSENTIEL	Consignez la dimension antéro-postérieure de l'oreillette gauche, à l'aide de la méthode « bord avant à bord avant », en centimètres (cm), mesurée selon le grand axe parasternal à la fin de la systole ventriculaire.
Indice de volume de l'oreillette gauche	ESSENTIEL	Dans l'imagerie à deux dimensions, en utilisant les secteurs auriculaires gauches tracés dans les vues de quatre et de deux chambres, tels que calculés avec les méthodes normalisées recommandées* par l'ASE (ml/m ²). *Source : J Am Soc Echocardiogr 2005;18:1440-1463
Dimension antéro-postérieure diastolique du ventricule gauche	SPÉCIALISÉ	Consignez la dimension antéro-postérieure du ventricule gauche, mesurée à la fin de la diastole ventriculaire, en centimètres (cm).
Dimension antéro-postérieure systolique du ventricule gauche	SPÉCIALISÉ	Dimension antéro-postérieure du ventricule gauche, mesurée à la fin de la systole ventriculaire, en centimètres (cm).

Fonction systolique du ventricule gauche	ESSENTIEL	<p>REMARQUE : Cette définition est propre à ce chapitre et différente intentionnellement de celle de la « Fonction du VG » dans le chapitre des éléments fondamentaux.</p> <p>Indiquez la valeur estimée ou calculée la plus récente de la fonction systolique du ventricule gauche, exprimée selon le pourcentage de sang évacué du ventricule gauche à la fin de la contraction.</p> <p>Entrez le chiffre réel, s'il est disponible.</p> <p>Si le chiffre réel n'est pas disponible, sélectionnez la catégorie appropriée (<i>source de catégorie : CARDS</i>) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Normale (plus de 50 %) 2. Légèrement réduite (de 41 à 50 %) 3. Moyennement réduite (de 31 à 40 %) 4. Gravement réduite (≤ 30 %) 5. Fonction VG non évaluée 6. inconnu <p>Indiquez la méthode utilisée :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estimation visuelle 2. Vue apicale de deux chambres par la méthode des disques 3. Vue apicale de quatre chambres par la méthode des disques 4. Vue à deux plans par la méthode des disques
Fonction diastolique du ventricule gauche	SPÉCIALISÉ	<p>Indiquez la fonction diastolique du ventricule gauche en utilisant les catégories suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Normal 2. Défaut de relaxation (Niveau I) 3. Pseudonormale (Niveau II) 4. Restrictive (Niveau III) 5. Non obtenue
Épaisseur des parois ventriculaires	ESSENTIEL	<p>Consignez l'épaisseur des parois postérieure et septale, telle que mesurée selon le grand axe parasternal, en centimètres (cm).</p>
Thrombus et site	SPÉCIALISÉ	<p>Indiquez le type de thrombus, le site et la méthode utilisée. Indiquez le plus dense.</p> <p>Indiquez le type de thrombus :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Confirmé 2. Probable 3. Possible <p>Indiquez le site :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Appendice auriculaire gauche 2. Oreillette gauche 3. Ventricule gauche <p>Indiquez la méthode utilisée :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ETT 2. ETO

Écho de contraste spontané et site	SPÉCIALISÉ	<p>Indiquez le type d'écho de contraste spontané, le site et la méthode utilisée.</p> <p>Indiquez le type d'écho de contraste spontané :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aucun 2. Vague 3. Dense <p>Indiquez le site :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Appendice auriculaire gauche 2. Oreillette gauche 3. Ventricule gauche <p>Indiquez la méthode utilisée :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ETT 2. ETO
Débit de l'appendice auriculaire gauche	SPÉCIALISÉ	<p>Consignez le débit de sortie de l'appendice auriculaire gauche (cm/sec) avant la cardioversion. S'il y a lieu.</p> <p>Consignez le débit de sortie de l'appendice auriculaire gauche (cm/sec) après la cardioversion. S'il y a lieu.</p>
Morphologie de la valvule mitrale	ESSENTIEL	<p>Indiquez l'évaluation principale de l'état de la valvule mitrale :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Normal 2. Rhumatismale 3. Prolapsus 4. Flottante 5. Prothèse 6. Autre anomalie. Veuillez préciser.
Sténose mitrale	SPÉCIALISÉ	<p>Consignez la superficie estimée de la valvule mitrale, en cm², à partir de la mesure du temps de demi-décroissance du flux d'entrée du ventricule gauche (220/temps de demi-décroissance).</p> <p>Consignez la méthode de calcul :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Équation de continuité 2. PISA 3. Temps - T1/2 4. Planimétrie
Régurgitation mitrale	ESSENTIEL	<p>En utilisant le classement de l'ASE*, indiquez la sévérité de la régurgitation mitrale :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aucun 2. Faible 3. Faible à modérée 4. Modérée 5. Modérée à sévère 6. Sévère <p>*Source : Tableau 3, J Am Soc Echocardiogr 2003;16:777-802</p>

<p>Autre maladie valvulaire</p>	<p>SPÉCIALISÉ</p>	<p>Indiquez les autres maladies valvulaires, par valvule, maladie et niveau de sévérité. Indiquez tout ce qui s'applique.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aortique <ol style="list-style-type: none"> a. Régurgitation <ol style="list-style-type: none"> i. Aucun ii. Faible iii. Faible à modérée iv. Modérée v. Modérée à sévère vi. Sévère b. Sténose <ol style="list-style-type: none"> i. Aucun ii. Faible iii. Faible à modérée iv. Modérée v. Modérée à sévère vi. Sévère c. Consignez la superficie de la valvule aortique (cm) et de l'indice de superficie (cm/1,73 m²?), et indiquez la méthode de calcul. 2. Tricuspide <ol style="list-style-type: none"> a. Régurgitation <ol style="list-style-type: none"> i. Aucun ii. Faible iii. Faible à modérée iv. Modérée v. Modérée à sévère vi. Sévère b. Sténose <ol style="list-style-type: none"> i. Aucun ii. Faible iii. Faible à modérée iv. Modérée v. Modérée à sévère vi. Sévère 3. Pulmonaire <ol style="list-style-type: none"> a. Régurgitation <ol style="list-style-type: none"> i. Aucun ii. Faible iii. Faible à modérée iv. Modérée v. Modérée à sévère vi. Sévère b. Sténose <ol style="list-style-type: none"> i. Aucun ii. Faible iii. Faible à modérée iv. Modérée v. Modérée à sévère vi. Sévère
<p>Plaque aortique</p>	<p>ESSENTIEL</p>	<p>Indiquez la présence de plaque aortique.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aucun 2. Petite (moins de 1 mm) 3. Moyenne (1 à 4 mm) 4. Grande (supérieure à 4 mm) 5. Mobile 6. inconnu

C. ÉPREUVE À L'EFFORT AVEC IMAGERIE DE PERFUSION MYOCARDIQUE

ÉLÉMENT DE DONNÉES	CLASSIFICATION	DÉFINITION
Date de l'épreuve à l'effort	SPÉCIALISÉ	Indiquez la date de l'épreuve à l'effort (AAAAMMJJ).
Épreuve à l'effort	SPÉCIALISÉ	<ol style="list-style-type: none"> Oui. Continuez à indiquer le reste des éléments de données dans cette section. Non. Passez à la section suivante. Inconnu. Passez à la section suivante.
Défaut permanent/Ancien infarctus	SPÉCIALISÉ	Indication de défaut permanent associé à un ancien infarctus. <ol style="list-style-type: none"> Oui Non inconnu
Présence ou absence d'ischémie	SPÉCIALISÉ	Indiquez la présence ou l'absence d'ischémie myocardique démontrée par un défaut de perfusion myocardique réversible régional. <ol style="list-style-type: none"> Présent Absent
Fonction systolique du ventricule gauche	SPÉCIALISÉ	<p>REMARQUE : Cette définition est propre à ce chapitre et différente intentionnellement de celle de la « Fonction du VG » dans le chapitre des éléments fondamentaux.</p> <p>Indiquez la valeur estimée ou calculée la plus récente de la fonction systolique du ventricule gauche, exprimée selon le pourcentage de sang évacué du ventricule gauche à la fin de la contraction.</p> <p>Entrez le chiffre réel, s'il est disponible.</p> <p>Si le chiffre réel n'est pas disponible, sélectionnez la catégorie appropriée (<i>source de catégorie : CARDS</i>) :</p> <ol style="list-style-type: none"> Normale (plus de 50 %) Légèrement réduite (de 41 à 50 %) Moyennement réduite (de 31 à 40 %) Gravement réduite (30 % et moins) Fonction VG non évaluée inconnu
Hypertension pulmonaire	SPÉCIALISÉ	Taux de captage pulmonaire indiquant une hypertension pulmonaire. <ol style="list-style-type: none"> Oui Non inconnu

D. CATHÉTÉRISME CARDIAQUE/ANGIOGRAPHIE

ÉLÉMENT DE DONNÉES	CLASSIFICATION	DÉFINITION
Date du cathétérisme cardiaque ou de l'angiographie	SPÉCIALISÉ	Indiquez la date du cathétérisme cardiaque ou de l'angiographie (AAAAMMJJ).
Cathétérisme cardiaque/Angiographie	SPÉCIALISÉ	<ol style="list-style-type: none"> Dans l'affirmative, remplissez cette section Non. Passez à la section suivante. Inconnu. Passez à la section suivante.

Lésions coronariennes	SPÉCIALISÉ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Normale (< 20 % de sténose dans tous les vaisseaux épicaudiques) 2. Obstructive (> 50 % dans un vaisseau ou plus) <ol style="list-style-type: none"> a. Oui. Dans l'affirmative, choisissez une réponse : <ol style="list-style-type: none"> i. Vaisseau unique. Indiquez si le TACG ou l'AIA proximale sont concernés. <ol style="list-style-type: none"> 1. Aucun 2. Oui, précisez. <ol style="list-style-type: none"> a. > 50 % - TACG b. > 50 % - AIA proximale ii. Deux vaisseaux. Indiquez si le TACG ou l'AIA proximale sont concernés. <ol style="list-style-type: none"> 1. Aucun 2. Oui (Sélectionnez <u>toutes</u> les réponses qui s'appliquent.) <ol style="list-style-type: none"> a. > 50 % - TACG b. > 50 % - AIA proximale iii. Trois vaisseaux. Indiquez si le TACG ou l'AIA proximale sont concernés. <ol style="list-style-type: none"> 1. Aucun 2. Oui (Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.) <ol style="list-style-type: none"> a. > 50 % - TACG b. > 50 % - AIA proximale
Anomalie dans la mobilité de la paroi segmentaire	SPÉCIALISÉ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 3. inconnu
Anévrisme du VG	SPÉCIALISÉ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 3. inconnu
Valvulopathie mitrale	SPÉCIALISÉ	Régurgitation <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui. Indiquez la sévérité de la régurgitation mitrale. <ol style="list-style-type: none"> a. Aucun b. Faible c. Faible à modérée d. Modérée e. Modérée à sévère f. Sévère 2. Non Sténose <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui. Indiquez le gradient moyen et de pointe, et l'indice de superficie de la valvule. 2. Non
Valvulopathie aortique	SPÉCIALISÉ	Régurgitation <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui. Indiquez la sévérité de la régurgitation mitrale. <ol style="list-style-type: none"> a. Aucun b. Faible c. Faible à modérée d. Modérée e. Modérée à sévère f. Sévère 2. Non Sténose <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui. Indiquez le gradient moyen et de pointe, et l'indice de superficie de la valvule. 2. Non
Pression télédiastolique ventriculaire gauche	SPÉCIALISÉ	Consignez la pression télédiastolique ventriculaire gauche en mm Hg.

E. IMAGERIE DE RÉSONANCE MAGNÉTIQUE CARDIOVASCULAIRE POUR LA CARACTÉRISATION DES TISSUS

ÉLÉMENT DE DONNÉES	CLASSIFICATION	DÉFINITION
Date de l'IRM cardiaque	SPÉCIALISÉ	Indiquez la date de l'imagerie par résonance magnétique cardiaque (AAAAMMJJ).
Résonance magnétique cardiovasculaire	SPÉCIALISÉ	<ol style="list-style-type: none"> Oui. Continuez à indiquer le reste des éléments de données dans cette section. Non. Passez à la section suivante. Inconnu. Passez à la section suivante.
Œdème – Ischémique	SPÉCIALISÉ	Indiquez la présence d'un œdème typique de l'ischémie - régional et sous-endocardique. <ol style="list-style-type: none"> Oui Non
Œdème – Myocardite	SPÉCIALISÉ	Indiquez la présence d'un œdème typique de la myocardite aiguë - diffus et au milieu de la paroi. <ol style="list-style-type: none"> Oui Non
Rehaussement tardif au gadolinium - Cicatrice ischémique	SPÉCIALISÉ	Indiquez le rehaussement tardif au gadolinium typique d'une cicatrice ischémique - régionale et sous-endocardique. <ol style="list-style-type: none"> Oui Non
Rehaussement tardif au gadolinium – Autre/Non déterminé	SPÉCIALISÉ	Indiquez le rehaussement tardif au gadolinium - autre ou non déterminé, p. ex., secondaire à la cardiopathie valvulaire, la cardiopathie hypertensive, etc. <ol style="list-style-type: none"> Oui Non
Autre cardiomyopathie d'infiltration	SPÉCIALISÉ	Indiquez la présence d'une autre cardiomyopathie d'infiltration. <ol style="list-style-type: none"> Oui, précisez. Non

PARTIE 5 – TRAITEMENTS NON MÉDICAUX DE L'ARYTHMIE

A. AVANT LA CONSULTATION

– Indiquez la DATE à laquelle les données ont été obtenues (AAAAMMJJ)

ÉLÉMENT DE DONNÉES	CLASSIFICATION	DÉFINITION
Ablation pour tachycardie supraventriculaire	SPÉCIALISÉ	<p>Le patient a-t-il subi une ablation pour traiter une tachycardie supraventriculaire avant la présente consultation?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui <p>Dans l'affirmative, veuillez préciser ce qui suit :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Indications (il peut y en avoir plus d'une) : <ol style="list-style-type: none"> i. Tachycardie supraventriculaire (p. ex., tachycardie nodale auriculo-ventriculaire de réentrée, tachycardie auriculo-ventriculaire de réentrée, tachycardie auriculaire) ii. Fibrillation auriculaire iii. Flutter auriculaire iv. Autre, précisez b. Dans le cas de fibrillation ou de flutter auriculaire, indiquez l'approche adoptée (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent) : <ol style="list-style-type: none"> i. Isolation de la veine pulmonaire ii. Ciblée (précisez le site et les critères) iii. Isthme cavo-tricuspide iv. Autres sites linéaires. Veuillez préciser. v. Ablation du nœud auriculo-ventriculaire et implantation d'un cardiostimulateur permanent c. Indiquez la source d'énergie (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent) : <ol style="list-style-type: none"> i. Radiofréquence ii. Cryoablation iii. Autre, précisez 2. Non 3. inconnu
Chirurgie pour traiter l'arythmie/type	SPÉCIALISÉ	<p>Le patient a-t-il subi une intervention chirurgicale pour traiter une arythmie avant la présente consultation?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui <p>Dans l'affirmative, veuillez préciser ce qui suit :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. chirurgie <ol style="list-style-type: none"> i. Unique ii. Dans le cadre d'une autre chirurgie cardiaque b. Type <ol style="list-style-type: none"> i. Maze ii. Isolation de la veine pulmonaire iii. Ciblée (précisez le site et les critères) iv. Isthme cavo-tricuspide v. Autres sites linéaires. Veuillez préciser. c. Approche <ol style="list-style-type: none"> i. Épicardique ii. Endocardiaque d. Source d'énergie <ol style="list-style-type: none"> i. Radiofréquence ii. Cryoablation iii. Autre, précisez e. Autre, précisez 2. Non 3. inconnu

Complications d'un traitement autre qu'une pharmacothérapie pour l'arythmie	SPÉCIALISÉ	<p>Avant la présente consultation, le patient a-t-il souffert de complications provoquées par le démarrage d'un traitement autre qu'une pharmacothérapie dans les 28 jours après le traitement?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui <ul style="list-style-type: none"> Dans l'affirmative, précisez la complication (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent) : a. Perforation/tamponnade cardiaque b. Complication thromboembolique (AVC, ICT) c. Complication vasculaire majeure exigeant une réparation ou l'arrêt des anticoagulants d. Fistule atrioœsophagienne e. Décès f. Autre, précisez 2. Non 3. inconnu
--	------------	--

B. PENDANT LA CONSULTATION MÉDICALE

– Indiquez la DATE DE DÉBUT de la consultation médicale actuelle (AAAAMMJJ)

ÉLÉMENT DE DONNÉES	CLASSIFICATION	DÉFINITION
Ablation pour tachycardie supraventriculaire	SPÉCIALISÉ	<p>Le patient a-t-il subi une ablation pour traiter une tachycardie supraventriculaire, pratiquée dans le cadre de la présente consultation médicale?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui <ul style="list-style-type: none"> Dans l'affirmative, veuillez préciser ce qui suit : a. Indications (il peut y en avoir plus d'une) : <ol style="list-style-type: none"> i. Tachycardie supraventriculaire (p. ex., tachycardie nodale auriculo-ventriculaire de réentrée, tachycardie auriculo-ventriculaire de réentrée, tachycardie auriculaire) ii. Fibrillation auriculaire iii. Flutter auriculaire iv. Autre, précisez b. Dans le cas de fibrillation ou de flutter auriculaire, indiquez l'approche adoptée (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent) : <ol style="list-style-type: none"> i. Isolation de la veine pulmonaire ii. Ciblée (précisez le site et les critères) iii. Isthme cavo-tricuspide iv. Autres sites linéaires. Veuillez préciser. v. Ablation du nœud auriculo-ventriculaire et implantation d'un cardiostimulateur permanent c. Indiquez la source d'énergie (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent) : <ol style="list-style-type: none"> i. Radiofréquence ii. Cryoablation iii. Autre, précisez 2. Non 3. inconnu

<p>Chirurgie pour traiter l'arythmie/type</p>	<p>SPÉCIALISÉ</p>	<p>Le patient a-t-il subi une intervention chirurgicale pour traiter une arythmie, pratiquée dans le cadre de la présente consultation médicale?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui <p>Dans l'affirmative, veuillez préciser ce qui suit :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. chirurgie <ol style="list-style-type: none"> i. Unique ii. Dans le cadre d'une autre chirurgie cardiaque b. Type <ol style="list-style-type: none"> i. Maze ii. Isolation de la veine pulmonaire iii. Ciblée (précisez le site et les critères) iv. Isthme cavo-tricuspide v. Autres sites linéaires. Veuillez préciser. c. Approche <ol style="list-style-type: none"> i. Épicardique ii. Endocardiaque d. Source d'énergie <ol style="list-style-type: none"> i. Radiofréquence ii. Cryoablation iii. Autre, précisez e. Autre, précisez 2. Non 3. inconnu
<p>Complications d'un traitement autre qu'une pharmacothérapie pour l'arythmie</p>	<p>SPÉCIALISÉ</p>	<p>Avant la présente consultation médicale, le patient a-t-il souffert de complications provoquées par le démarrage d'un traitement autre qu'une pharmacothérapie dans les 28 jours après le traitement?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui <p>Dans l'affirmative, précisez la complication (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent) :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Perforation/tamponnade cardiaque b. Complication thromboembolique (AVC, ICT) c. Complication vasculaire majeure exigeant une réparation ou l'arrêt des anticoagulants d. Fistule atrioœsophagienne e. Décès f. Autre, précisez 2. Non 3. inconnu

PARTIE 6 – MÉDICAMENTS POUR TRAITER LA FIBRILLATION ET LE FLUTTER AURICULAIRES ET AUTRES MÉDICAMENTS PERTINENTS

REMARQUE : Les éléments de données et les définitions fournis ici sont propres au chapitre et complètent la section des médicaments dans le chapitre du dictionnaire de données sur les éléments fondamentaux.

A. ANTÉCÉDENTS DE MÉDICAMENTS ANTITHROMBOTIQUES ET ANTIARYTHMIQUES

– Indiquez la DATE à laquelle les données ont été obtenues (AAAAMMJJ)

REMARQUE : Veuillez remplir cette section si des médicaments antithrombotiques et/ou antiarythmiques ont déjà été administrés antérieurement, mais que le patient ne prend pas ce(s) médicament(s) actuellement.

ANTITHROMBOTIQUES		
ÉLÉMENT DE DONNÉES	CLASSIFICATION	DÉFINITION
Warfarine	ESSENTIEL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Non, le patient n'a jamais pris de warfarine. 2. Oui, le patient a déjà pris de la warfarine, mais ce n'est plus le cas actuellement. <ol style="list-style-type: none"> a. Non toléré b. Inefficace c. Refus du patient d. Autre, précisez 3. Je l'ignore.
Autres antagonistes de la vitamine K	ESSENTIEL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Non, le patient n'a jamais pris d'autres antagonistes de la vitamine K. 2. Oui, le patient a déjà pris d'autres antagonistes de la vitamine K, mais ce n'est plus le cas actuellement. <ol style="list-style-type: none"> a. Non toléré b. Inefficace c. Refus du patient d. Autre, précisez 3. Je l'ignore.
Dabigatran	ESSENTIEL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Non, le patient n'a jamais pris de dabigatran. 2. Oui, le patient a déjà pris du dabigatran, mais ce n'est plus le cas actuellement. <ol style="list-style-type: none"> a. Non toléré b. Inefficace c. Refus du patient d. Autre, précisez 3. Je l'ignore.
Rivaroxiban	ESSENTIEL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Non, le patient n'a jamais pris de rivaroxiban. 2. Oui, le patient a déjà pris du rivaroxiban, mais ce n'est plus le cas actuellement. <ol style="list-style-type: none"> a. Non toléré b. Inefficace c. Refus du patient d. Autre, précisez 3. Je l'ignore.
Apixaban	ESSENTIEL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Non, le patient n'a jamais pris d'apixaban. 2. Oui, le patient a déjà pris de l'apixaban, mais ce n'est plus le cas actuellement. <ol style="list-style-type: none"> a. Non toléré b. Inefficace c. Refus du patient d. Autre, précisez 3. Je l'ignore.

Héparine IV	SPÉCIALISÉ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Non, le patient n'a jamais pris d'héparine IV 2. Oui, le patient a déjà pris de l'héparine IV, mais ce n'est plus le cas actuellement. <ol style="list-style-type: none"> a. Non toléré b. Inefficace c. Refus du patient d. Autre, précisez 3. Je l'ignore.
Héparine SC	SPÉCIALISÉ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Non, le patient n'a jamais pris d'héparine SC 2. Oui, le patient a déjà pris de l'héparine SC, mais ce n'est plus le cas actuellement. <ol style="list-style-type: none"> a. Non toléré b. Inefficace c. Refus du patient d. Autre, précisez 3. Je l'ignore. <p>Remarque : inclut l'héparine non fractionnée et l'héparine à faible poids moléculaire</p>
Aspirine	ESSENTIEL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Non, le patient n'a jamais pris d'aspirine. 2. Oui, le patient a déjà pris de l'aspirine, mais ce n'est plus le cas actuellement. <ol style="list-style-type: none"> a. Non toléré b. Inefficace c. Refus du patient d. Autre, précisez 3. Je l'ignore.
Clopidogrel	ESSENTIEL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Non, le patient n'a jamais pris de clopidogrel. 2. Oui, le patient a déjà pris du clopidogrel, mais ce n'est plus le cas actuellement. <ol style="list-style-type: none"> a. Non toléré b. Inefficace c. Refus du patient d. Autre, précisez 3. Je l'ignore.
Autres agents antiplaquettaires	ESSENTIEL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Non, le patient n'a jamais pris d'autres agents antiplaquettaires. 2. Oui, le patient a déjà pris d'autres agents antiplaquettaires, mais ce n'est plus le cas actuellement. <ol style="list-style-type: none"> a. Non toléré b. Inefficace c. Refus du patient d. Autre, précisez 3. Je l'ignore.
Prasugrel	ESSENTIEL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Non, le patient n'a jamais pris de prasugrel. 2. Oui, le patient a déjà pris du prasugrel, mais ce n'est plus le cas actuellement. <ol style="list-style-type: none"> a. Non toléré b. Inefficace c. Refus du patient d. Autre, précisez 3. Je l'ignore.
Ticagrelor	ESSENTIEL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Non, le patient n'a jamais pris de ticagrelor. 2. Oui, le patient a déjà pris du ticagrelor, mais ce n'est plus le cas actuellement. <ol style="list-style-type: none"> a. Non toléré b. Inefficace c. Refus du patient d. Autre, précisez 3. Je l'ignore.

MÉDICAMENTS ANTIARYTHMIQUES		
Amiodarone	ESSENTIEL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Non, le patient n'a jamais pris d'amiodarone. 2. Oui, le patient a déjà pris de l'amiodarone, mais ce n'est plus le cas actuellement. <ol style="list-style-type: none"> a. Non toléré b. Inefficace c. Refus du patient d. Autre, précisez 3. Je l'ignore.
Sotalol	ESSENTIEL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Non, le patient n'a jamais pris de sotalol. 2. Oui, le patient a déjà pris du sotalol, mais ce n'est plus le cas actuellement. <ol style="list-style-type: none"> a. Non toléré b. Inefficace c. Refus du patient d. Autre, précisez 3. Je l'ignore.
Flécaïnide	ESSENTIEL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Non, le patient n'a jamais pris de flécaïnide. 2. Oui, le patient a déjà pris de la flécaïnide, mais ce n'est plus le cas actuellement. <ol style="list-style-type: none"> a. Non toléré b. Inefficace c. Refus du patient d. Autre, précisez 3. Je l'ignore.
Propafénone	ESSENTIEL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Non, le patient n'a jamais pris de propafénone. 2. Oui, le patient a déjà pris de la propafénone, mais ce n'est plus le cas actuellement. <ol style="list-style-type: none"> a. Non toléré b. Inefficace c. Refus du patient d. Autre, précisez 3. Je l'ignore.
Dronédarone	ESSENTIEL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Non, le patient n'a jamais pris de dronédarone. 2. Oui, le patient a déjà pris de la dronédarone, mais ce n'est plus le cas actuellement. <ol style="list-style-type: none"> a. Non toléré b. Inefficace c. Refus du patient d. Autre, précisez 3. Je l'ignore.
Dofétilide	ESSENTIEL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Non, le patient n'a jamais pris de dofétilide. 2. Oui, le patient a déjà pris du dofétilide, mais ce n'est plus le cas actuellement. <ol style="list-style-type: none"> a. Non toléré b. Inefficace c. Refus du patient d. Autre, précisez 3. Je l'ignore.
Autres médicaments antiarythmiques	ESSENTIEL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Non, le patient n'a jamais pris d'autres médicaments antiarythmiques. 2. Oui, le patient a déjà pris d'autres médicaments antiarythmiques, mais ce n'est plus le cas actuellement. <ol style="list-style-type: none"> a. Non toléré b. Inefficace c. Refus du patient d. Autre, précisez 3. Je l'ignore.
MÉDICAMENTS ANTIARYTHMIQUES PAR VOIE INTRAVEINEUSE		

Ibutilide IV	ESSENTIEL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Non, le patient n'a jamais pris d'ibutilide IV 2. Oui, le patient a déjà pris de l'ibutilide IV, mais ce n'est plus le cas actuellement. <ol style="list-style-type: none"> a. Non toléré b. Inefficace c. Refus du patient d. Autre, précisez 3. Je l'ignore.
Procaïnamide IV	ESSENTIEL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Non, le patient n'a jamais pris de procaïnamide IV 2. Oui, le patient a déjà pris de la procaïnamide IV, mais ce n'est plus le cas actuellement. <ol style="list-style-type: none"> a. Non toléré b. Inefficace c. Refus du patient d. Autre, précisez 3. Je l'ignore.
Amiodarone IV	ESSENTIEL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Non, le patient n'a jamais pris d'amiodarone IV 2. Oui, le patient a déjà pris de l'amiodarone IV, mais ce n'est plus le cas actuellement. <ol style="list-style-type: none"> a. Non toléré b. Inefficace c. Refus du patient d. Autre, précisez 3. Je l'ignore.
Autre MAA IV	ESSENTIEL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Non, le patient n'a jamais pris un autre MAA. 2. Oui, le patient a déjà pris un autre MAA, mais ce n'est plus le cas actuellement. <ol style="list-style-type: none"> a. Non toléré b. Inefficace c. Refus du patient d. Autre, précisez 3. Je l'ignore.
MÉDICAMENTS DE CONTRÔLE DE LA FRÉQUENCE		
Métoprolol	ESSENTIEL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Non, le patient n'a jamais pris de métoprolol. 2. Oui, le patient a déjà pris du métoprolol, mais ce n'est plus le cas actuellement. <ol style="list-style-type: none"> a. Non toléré b. Inefficace c. Refus du patient d. Autre, précisez 3. Je l'ignore.
Bisoprolol	ESSENTIEL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Non, le patient n'a jamais pris de bisoprolol. 2. Oui, le patient a déjà pris du bisoprolol, mais ce n'est plus le cas actuellement. <ol style="list-style-type: none"> a. Non toléré b. Inefficace c. Refus du patient d. Autre, précisez 3. Je l'ignore.
Carvédilol	ESSENTIEL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Non, le patient n'a jamais pris de carvedilol. 2. Oui, le patient a déjà pris du carvedilol, mais ce n'est plus le cas actuellement. <ol style="list-style-type: none"> a. Non toléré b. Inefficace c. Refus du patient d. Autre, précisez 3. Je l'ignore.
Aténolol	ESSENTIEL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Non, le patient n'a jamais pris d'aténolol. 2. Oui, le patient a déjà pris de l'aténolol, mais ce n'est plus le cas actuellement. <ol style="list-style-type: none"> a. Non toléré b. Inefficace c. Refus du patient d. Autre, précisez 3. Je l'ignore.

Autres bêtabloquants	ESSENTIEL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Non, le patient n'a jamais pris d'autres bêtabloquants. 2. Oui, le patient a déjà pris d'autres bêtabloquants, mais ce n'est plus le cas actuellement. <ol style="list-style-type: none"> a. Non toléré b. Inefficace c. Refus du patient d. Autre, précisez 3. Je l'ignore.
Diltiazem	ESSENTIEL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Non, le patient n'a jamais pris de diltiazem. 2. Oui, le patient a déjà pris du diltiazem, mais ce n'est plus le cas actuellement. <ol style="list-style-type: none"> a. Non toléré b. Inefficace c. Refus du patient d. Autre, précisez 3. Je l'ignore.
Vérapamil	ESSENTIEL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Non, le patient n'a jamais pris de vérapamil. 2. Oui, le patient a déjà pris du vérapamil, mais ce n'est plus le cas actuellement. <ol style="list-style-type: none"> a. Non toléré b. Inefficace c. Refus du patient d. Autre, précisez 3. Je l'ignore.
Digoxine	ESSENTIEL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Non, le patient n'a jamais pris de digoxine. 2. Oui, le patient a déjà pris de la digoxine, mais ce n'est plus le cas actuellement. <ol style="list-style-type: none"> a. Non toléré b. Inefficace c. Refus du patient d. Autre, précisez 3. Je l'ignore.
Autres médicaments de contrôle de la fréquence	ESSENTIEL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Non, le patient n'a jamais pris d'autres médicaments de contrôle de la fréquence. 2. Oui, le patient a déjà pris d'autres médicaments de contrôle de la fréquence, mais ce n'est plus le cas actuellement. <ol style="list-style-type: none"> a. Non toléré b. Inefficace c. Refus du patient d. Autre, précisez 3. Je l'ignore.

B. MÉDICAMENTS POUR TRAITER LA FIBRILLATION ET LE FLUTTER AURICULAIRES ET AUTRES MÉDICAMENTS PERTINENTS AU MOMENT DE LA CONSULTATION

– Indiquez la DATE DE DÉBUT de cette consultation (AAAAMMJJ)

REMARQUE : Veuillez remplir cette section sur les médicaments antithrombotiques et/ou antiarythmiques et/ou les autres médicaments pertinents pris par le patient actuellement.

ANTITHROMBOTIQUES		
ÉLÉMENT DE DONNÉES	CLASSIFICATION	DÉFINITION
Warfarine	ESSENTIEL	Indiquez si le patient a pris de la warfarine régulièrement avant la présente consultation. <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle

Autres antagonistes de la vitamine K	ESSENTIEL	Indiquez si le patient a pris d'autres antagonistes de la vitamine K régulièrement avant la présente consultation. 1. Oui a. Indiquez les médicaments qui ont été pris. 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Dabigatran	ESSENTIEL	Indiquez si le patient a pris du dabigatran régulièrement avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Rivaroxiban	ESSENTIEL	Indiquez si le patient a pris du rivaroxiban régulièrement avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Apixaban	ESSENTIEL	Indiquez si le patient a pris de l'apixaban régulièrement avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Héparine IV	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient a pris de l'héparine IV régulièrement avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Héparine SC	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient a pris de l'héparine SC régulièrement avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle Remarque : inclut l'héparine non fractionnée et l'héparine à faible poids moléculaire
Aspirine[^]	ESSENTIEL	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Clopidogrel[^]	ESSENTIEL	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Autres agents antiplaquettaires	ESSENTIEL	Indiquez si le patient a pris d'autres agents antiplaquettaires (p. ex. ticlopidine) régulièrement avant la présente consultation. 1. Oui a. Indiquez les médicaments qui ont été pris. 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Prasugrel[^]	ESSENTIEL	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Ticagrélor[^]	ESSENTIEL	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
MÉDICAMENTS ANTIARYTHMIQUES		
Amiodarone	ESSENTIEL	Indiquez si le patient a pris de l'amiodarone régulièrement avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Sotalol	ESSENTIEL	Indiquez si le patient a pris du sotalol régulièrement avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle

Flécaïnide	ESSENTIEL	Indiquez si le patient a pris de la flécaïnide régulièrement avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Propafénone	ESSENTIEL	Indiquez si le patient a pris de la propafénone régulièrement avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Dronédarone	ESSENTIEL	Indiquez si le patient a pris de la dronédarone régulièrement avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Dofétilide	ESSENTIEL	Indiquez si le patient a pris du dofétilide régulièrement avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Autres médicaments antiarythmiques	ESSENTIEL	Indiquez si le patient a pris d'autres médicaments antiarythmiques régulièrement avant la présente consultation. 1. Oui a. Indiquez les médicaments qui ont été pris. 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
MÉDICAMENTS DE CONTRÔLE DE LA FRÉQUENCE		
Métoprolol	ESSENTIEL	Indiquez si le patient prenait du métoprolol régulièrement avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Bisoprolol	ESSENTIEL	Indiquez si le patient a pris du bisoprolol régulièrement avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Carvédilol	ESSENTIEL	Indiquez si le patient a pris du carvedilol régulièrement avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Aténolol	ESSENTIEL	Indiquez si le patient a pris de l'aténolol régulièrement avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Autres bêtabloquants	ESSENTIEL	Indiquez si le patient a pris d'autres bêtabloquants régulièrement avant la présente consultation. 1. Oui a. Indiquez les médicaments qui ont été pris. 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle

Diltiazem	ESSENTIEL	Indiquez si le patient prenait du diltiazem régulièrement avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Vérapamil	ESSENTIEL	Indiquez si le patient prenait du vérapamil régulièrement avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Digoxine	ESSENTIEL	Indiquez si le patient prenait de la digoxine régulièrement avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Autres médicaments de contrôle de la fréquence	ESSENTIEL	Indiquez si le patient a pris d'autres médicaments de contrôle de la fréquence régulièrement avant la présente consultation. 1. Oui a. Indiquez les médicaments qui ont été pris. 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
AUTRES MÉDICAMENTS PERTINENTS		
Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient a pris des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) régulièrement avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Hormonothérapie thyroïdienne substitutive	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient a pris des médicaments dans le cadre d'une hormonothérapie thyroïdienne substitutive régulièrement avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Suppression de l'hyperthyroïdie	SPÉCIALISÉ	Indiquez si des médicaments pour supprimer l'hyperthyroïdie ont été administrés immédiatement avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Inhibiteurs d'ECA / antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Bloqueurs des récepteurs de l'aldostérone[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Inhibiteur calcique non dihydropyridine[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Insuline[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.

Antihyperglycémian ts oraux	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient a pris des antihyperglycémian ts oraux régulièrement avant la présente consultation. 1. Oui a. Indiquez les médicaments qui ont été pris. 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Statines[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Autres agents de réduction des lipides	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient a pris d'autres agents de réduction des lipides régulièrement avant la présente consultation. 1. Oui a. Indiquez les médicaments qui ont été pris. 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Bronchodilatateurs sympathomiméti ques	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient a pris des Bronchodilatateurs sympathomimétiques régulièrement ou ponctuellement juste avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle

C. MÉDICAMENTS POUR TRAITER LA FIBRILLATION ET LE FLUTTER AURICULAIRES ET AUTRES MÉDICAMENTS PERTINENTS PENDANT LA CONSULTATION MÉDICALE

– Indiquez la DATE DE FIN de cette consultation (AAAAMMJJ)

ANTITHROMBOTIQUES		
ÉLÉMENT DE DONNÉES	CLASSIFICATION	DÉFINITION
Warfarine	ESSENTIEL	Indiquez si de la warfarine a été administrée à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Autres antagonistes de la vitamine K	ESSENTIEL	Indiquez si d'autres antagonistes de la vitamine K ont été administrés à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui a. Indiquez les médicaments qui ont été administrés. 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Dabigatran	ESSENTIEL	Indiquez si du dabigatran a été administré à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Rivaroxiban	ESSENTIEL	Indiquez si du rivaroxiban a été administré à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle

Apixaban	ESSENTIEL	Indiquez si de l'apixaban a été administré à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Héparine IV	SPÉCIALISÉ	Indiquez si de l'héparine IV a été administrée à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Héparine SC	SPÉCIALISÉ	Indiquez si de l'héparine SC a été administrée à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle Remarque : inclut l'héparine non fractionnée et l'héparine à faible poids moléculaire
Aspirine[^]	ESSENTIEL	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Clopidogrel[^]	ESSENTIEL	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Autres agents antiplaquettaires	ESSENTIEL	Indiquez si d'autres agents antiplaquettaires (p. ex. ticlopidine) ont été administrés à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui a. Indiquez les médicaments qui ont été administrés. 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Prasugrel[^]	ESSENTIEL	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Ticagrélor[^]	ESSENTIEL	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
MÉDICAMENTS ANTIARYTHMIQUES		
Tentative de cardioversion pharmacologique	ESSENTIEL	Indiquez si une cardioversion pharmacologique pour la fibrillation ou le flutter auriculaire a été tentée et a permis de faire disparaître la fibrillation ou le flutter auriculaire à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui (c.-à-d. une tentative) a. Succès (c.-à-d. que l'administration du médicament a permis de faire disparaître la fibrillation ou le flutter auriculaire) i. Indiquez le nom de tous les médicaments génériques administrés qui ont permis de faire disparaître la fibrillation ou le flutter auriculaire. b. Échec i. Indiquez le nom de tous les médicaments génériques administrés qui n'ont pas permis de faire disparaître la fibrillation ou le flutter auriculaire. 2. Non (c.-à-d. aucune tentative) 3. inconnu
Amiodarone	ESSENTIEL	Indiquez si de l'amiodarone a été administrée à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle

Sotalol	ESSENTIEL	Indiquez si du sotalol a été administré à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Flécaïnide	ESSENTIEL	Indiquez si de la flécaïnide a été administrée à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Propafénone	ESSENTIEL	Indiquez si de la propafénone a été administrée à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Dronédarone	ESSENTIEL	Indiquez si de la dronédarone a été administrée à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Dofétilide	ESSENTIEL	Indiquez si du dofétilide a été administré à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Autres médicaments antiarythmiques	ESSENTIEL	Indiquez si d'autres médicaments antiarythmiques ont été administrés à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui a. Indiquez les médicaments qui ont été administrés. 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
MÉDICAMENTS DE CONTRÔLE DE LA FRÉQUENCE		
Métoprolol	ESSENTIEL	Indiquez si du métoprolol a été administré à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Bisoprolol	ESSENTIEL	Indiquez si du bisoprolol a été administré à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Carvédilol	ESSENTIEL	Indiquez si du carvedilol a été administré à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle

Aténolol	ESSENTIEL	Indiquez si de l'aténolol a été administré à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Autre bêtabloquant	ESSENTIEL	Indiquez si d'autres bêtabloquants ont été administrés à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui a. Indiquez les médicaments qui ont été administrés. 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Diltiazem	ESSENTIEL	Indiquez si du diltiazem a été administré à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Vérapamil	ESSENTIEL	Indiquez si du vérapamil a été administré à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Digoxine	ESSENTIEL	Indiquez si de la digoxine a été administrée à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Autres médicaments de contrôle de la fréquence	ESSENTIEL	Indiquez si d'autres médicaments de contrôle de la fréquence ont été administrés à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui a. Indiquez les médicaments qui ont été administrés. 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
MÉDICAMENTS ANTIARYTHMIQUES PAR VOIE INTRAVEINEUSE		
Ibutilide IV	SPÉCIALISÉ	Indiquez si de l'ibutilide IV a été administré à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Procaïnamide IV	SPÉCIALISÉ	Indiquez si de la procaïnamide IV a été administrée à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Amiodarone IV	SPÉCIALISÉ	Indiquez si de l'amiodarone IV a été administrée à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle

Autre MAA IV	SPÉCIALISÉ	Indiquez si d'autres MAA IV ont été administrés à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui a. Indiquez les médicaments qui ont été administrés. 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
AUTRES MÉDICAMENTS PERTINENTS		
Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)	SPÉCIALISÉ	Indiquez si des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ont été administrés à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Hormonothérapie thyroïdienne substitutive	SPÉCIALISÉ	Indiquez si une hormonothérapie thyroïdienne substitutive a été administrée à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Suppression de l'hyperthyroïdie	SPÉCIALISÉ	Indiquez si un médicament pour supprimer l'hyperthyroïdie a été administré à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Inhibiteurs d'ECA / antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Bloqueurs des récepteurs de l'aldostérone[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Inhibiteur calcique non dihydropyridine[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Insuline[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Autres antihyperglycémiant oraux	SPÉCIALISÉ	Indiquez si des antihyperglycémiant oraux ont été administrés à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui a. Indiquez les médicaments qui ont été administrés. 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Statines[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Autres agents de réduction des lipides[^]	SPÉCIALISÉ	Indiquez si d'autres agents de réduction des lipides ont été administrés à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui a. Indiquez les médicaments qui ont été administrés. 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle

Bronchodilatateurs sympathomimétiques	SPÉCIALISÉ	Indiquez si des bronchodilatateurs sympathomimétiques ont été administrés à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
--	------------	--

D. MÉDICAMENTS AU MOMENT DU CONGÉ

- Indiquez la DATE du congé (AAAAMMJJ)

ANTITHROMBOTIQUES		
ÉLÉMENT DE DONNÉES	CLASSIFICATION	DÉFINITION
Warfarine	ESSENTIEL	Indiquez si la warfarine a été maintenue ou prescrite au moment du congé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Autres antagonistes de la vitamine K	ESSENTIEL	Indiquez si d'autres antagonistes de la vitamine K ont été maintenus ou prescrits au moment du congé. 1. Oui a. Indiquez les médicaments qui ont été maintenus ou prescrits. 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Dabigatran	ESSENTIEL	Indiquez si le dabigatran a été maintenu ou prescrit au moment du congé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Rivaroxiban	ESSENTIEL	Indiquez si le rivaroxiban a été maintenu ou prescrit au moment du congé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Apixaban	ESSENTIEL	Indiquez si l'apixaban a été maintenu ou prescrit au moment du congé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Héparine IV	SPÉCIALISÉ	Indiquez si l'héparine IV a été maintenue ou prescrite au moment du congé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Héparine SC	SPÉCIALISÉ	Indiquez si l'héparine SC a été maintenue ou prescrite au moment du congé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle Remarque : inclut l'héparine non fractionnée et l'héparine à faible poids moléculaire
Aspirine[^]	ESSENTIEL	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Clopidogrel[^]	ESSENTIEL	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.

Autres agents antiplaquettaires	ESSENTIEL	Indiquez si d'autres agents antiplaquettaires (p. ex., la ticlopidine) ont été maintenus ou prescrits au moment du congé. 1. Oui a. Indiquez les médicaments qui ont été maintenus ou prescrits. 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Prasugrel[^]	ESSENTIEL	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Ticagrélor[^]	ESSENTIEL	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
MÉDICAMENTS ANTIARYTHMIQUES		
Amiodarone	ESSENTIEL	Indiquez si l'amiodarone a été maintenue ou prescrite au moment du congé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Sotalol	ESSENTIEL	Indiquez si le sotalol a été maintenu ou prescrit au moment du congé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Flécaïnide	ESSENTIEL	Indiquez si la flécaïnide a été maintenue ou prescrite au moment du congé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Propafénone	ESSENTIEL	Indiquez si la propafénone a été maintenue ou prescrite au moment du congé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Dronédarone	ESSENTIEL	Indiquez si la dronédarone a été maintenue ou prescrite au moment du congé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Dofétilide	ESSENTIEL	Indiquez si le dofétilide a été maintenu ou prescrit au moment du congé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Autres médicaments antiarythmiques	ESSENTIEL	Indiquez si d'autres médicaments antiarythmiques ont été maintenus ou prescrits au moment du congé. 1. Oui a. Indiquez les médicaments qui ont été maintenus ou prescrits. 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
MÉDICAMENTS DE CONTRÔLE DE LA FRÉQUENCE		
Métoprolol	ESSENTIEL	Indiquez si le métoprolol a été maintenu ou prescrit au moment du congé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Bisoprolol	ESSENTIEL	Indiquez si le bisoprolol a été maintenu ou prescrit au moment du congé. 1. Oui 2. Non

		<ul style="list-style-type: none"> 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Carvédilol	ESSENTIEL	<p>Indiquez si le carvedilol a été maintenu ou prescrit au moment du congé.</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Aténolol	ESSENTIEL	<p>Indiquez si l'aténolol a été maintenu ou prescrit au moment du congé.</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Autres bêtabloquants	ESSENTIEL	<p>Indiquez si d'autres bêtabloquants ont été maintenus ou prescrits au moment du congé.</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Oui <ul style="list-style-type: none"> a. Indiquez les médicaments qui ont été maintenus ou prescrits. 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Diltiazem	ESSENTIEL	<p>Indiquez si le diltiazem a été maintenu ou prescrit au moment du congé.</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Vérapamil	ESSENTIEL	<p>Indiquez si le vérapamil a été maintenu ou prescrit au moment du congé.</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Digoxine	ESSENTIEL	<p>Indiquez si la digoxine a été maintenue ou prescrite au moment du congé.</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Autres médicaments de contrôle de la fréquence	ESSENTIEL	<p>Indiquez si d'autres médicaments de contrôle de la fréquence ont été maintenus ou prescrits au moment du congé.</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Oui <ul style="list-style-type: none"> a. Indiquez les médicaments qui ont été maintenus ou prescrits. 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
AUTRES MÉDICAMENTS PERTINENTS		
Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)	SPÉCIALISÉ	<p>Indiquez si des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ont été maintenus ou prescrits au moment du congé.</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Hormonothérapie thyroïdienne substitutive	SPÉCIALISÉ	<p>Indiquez si une hormonothérapie thyroïdienne substitutive a été maintenue ou prescrite au moment du congé.</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle

Suppression de l'hyperthyroïdie	SPÉCIALISÉ	Indiquez si un médicament pour supprimer l'hyperthyroïdie a été administré à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Inhibiteurs d'ECA / antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Bloqueurs des récepteurs de l'aldostérone[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Inhibiteur calcique non dihydropyridine[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Insuline[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Autres antihyperglycémiant s oraux	SPÉCIALISÉ	Indiquez si les antihyperglycémiant s oraux ont été maintenus ou prescrits au moment du congé. 1. Oui a. Indiquez les médicaments qui ont été maintenus ou prescrits. 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Statines[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Autres agents de réduction des lipides	SPÉCIALISÉ	Indiquez si d'autres agents de réduction des lipides ont été maintenus ou prescrits au moment du congé. 1. Oui a. Indiquez les médicaments qui ont été maintenus ou prescrits. 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle
Bronchodilatateurs sympathomimétiques	SPÉCIALISÉ	Indiquez si des bronchodilatateurs sympathomimétiques ont été administrés à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle

PARTIE 7 – CARDIOVERSION ET ABLATION PENDANT LA CONSULTATION

ÉLÉMENT DE DONNÉES	CLASSIFICATION	DÉFINITION
Date de la cardioversion	ESSENTIEL	Indiquez la date de la cardioversion (AAAAMMJJ)
Type de cardioversion	ESSENTIEL	Indiquez le type de cardioversion. 1. Électrique 2. Pharmacologique
Site de la cardioversion électrique	ESSENTIEL	Indiquez le site de la cardioversion électrique. Indiquez <u>tout</u> ce qui s'applique. 1. Transthoracique 2. Intracardiaque/intravasculaire 3. Épicardique
Forme d'onde	SPÉCIALISÉ	Indiquez la forme de l'onde. 1. Monophasique, tous les types 2. Biphase linéaire 3. Biphase exponentielle tronquée 4. Autre, précisez
Nombre de chocs générés	SPÉCIALISÉ	Indiquez le nombre de chocs générés pendant la séance.
Énergie maximale utilisée	SPÉCIALISÉ	Indiquez l'énergie maximale utilisée pendant la séance.
Administration d'un médicament antiarythmique pendant la cardioversion électrique	SPÉCIALISÉ	Indiquez le nom générique du médicament utilisé pour augmenter la cardioversion électrique, de la fréquence de la fibrillation ou du flutter auriculaire au rythme sinusal normal. Indiquez la voie d'administration (intraveineuse ou orale) ainsi que la dose complète et les unités par jour. (Inclure la dose complète jusqu'à la cardioversion.)
Succès de la cardioversion électrique	ESSENTIEL	Indiquez si des séances de cardioversion électrique transthoracique ont déjà été tentées et ont permis de faire disparaître la fibrillation ou le flutter auriculaire. Une séance peut inclure plusieurs chocs successifs. 1. Oui (c.-à-d. une tentative) a. Succès b. Échec i. Jamais (aucune restauration du rythme sinusal) ii. Récurrence immédiate, dans la minute suivante c. Succès avec récurrence i. Récurrence précoce, 1 minute à 24 heures ii. Récurrence subaiguë, 24 heures à 14 jours iii. Récurrence tardive, > 14 jours d. inconnu 2. Non (c.-à-d. aucune tentative) 3. inconnu
Date de la cardioversion pharmacologique	ESSENTIEL	Indiquez la date de la cardioversion pharmacologique (AAAAMMJJ)

Tentative de cardioversion pharmacologique	ESSENTIEL	Indiquez si une cardioversion pharmacologique pour la fibrillation ou le flutter auriculaire a déjà été tentée et a permis de faire disparaître la fibrillation ou le flutter auriculaire. 1. Oui (c.-à-d. une tentative) <ul style="list-style-type: none"> a. Succès (c.-à-d. que l'administration du médicament a permis de faire disparaître la fibrillation ou le flutter auriculaire) <ul style="list-style-type: none"> i. Indiquez le nom de tous les médicaments génériques administrés qui ont permis de faire disparaître la fibrillation ou le flutter auriculaire. b. Échec <ul style="list-style-type: none"> i. Indiquez le nom de tous les médicaments génériques administrés qui n'ont pas permis de faire disparaître la fibrillation ou le flutter auriculaire. 2. Non (c.-à-d. aucune tentative) 3. inconnu
Date de l'ablation par cathéter pour la fibrillation ou le flutter auriculaire	ESSENTIEL	Indiquez la date de l'ablation par cathéter pour la fibrillation ou le flutter auriculaire (AAAAMJJ)
Indications pour l'ablation par cathéter pour la fibrillation ou le flutter auriculaire	ESSENTIEL	La raison qui motive une tentative de traitement par ablation est (il peut y avoir plus d'une raison) : <ol style="list-style-type: none"> 1. Symptômes 2. Désir d'un mode de vie sans médicaments 3. Décharges fréquentes du DCI 4. Autre, précisez
L'ablation par cathéter pour la fibrillation ou le flutter auriculaire a été exécutée pendant cette consultation	SPÉCIALISÉ	Indiquez si l'ablation a été pratiquée. <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non Indications (il peut y en avoir plus d'une) : <ol style="list-style-type: none"> 1. Tachycardie supraventriculaire (p. ex., tachycardie nodale auriculo-ventriculaire de réentrée, tachycardie auriculo-ventriculaire de réentrée, tachycardie auriculaire) 2. Fibrillation auriculaire 3. Flutter auriculaire 4. Autre, précisez Pour la FA ou le flutter auriculaire, indiquez l'approche adoptée : <ol style="list-style-type: none"> 1. Isolation de la veine pulmonaire 2. Ciblée (précisez le site et les critères) 3. Isthme cavo-tricuspide 4. Autres sites linéaires. Veuillez préciser. 5. Ablation du nœud auriculo-ventriculaire et implantation d'un cardiostimulateur permanent Indiquez la source d'énergie : <ol style="list-style-type: none"> 1. Radiofréquence 2. Cryoablation 3. Autre, précisez

PARTIE 8 – STRATÉGIE DE GESTION AU MOMENT DU CONGÉ

- Indiquez la date du congé (AAAAMMJJ)

ÉLÉMENT DE DONNÉES	CLASSIFICATION	DÉFINITION
Stratégie de gestion au moment du congé	ESSENTIEL	<p>Stratégies de gestion courantes au moment du congé. Indiquez tout ce qui s'applique.</p> <p>Contrôle de la fréquence, choisissez <u>une</u> réponse :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pharmacologique2. Non pharmacologique3. Hybride* <p>Contrôle de la fréquence, choisissez <u>une</u> réponse :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pharmacologique2. Non pharmacologique3. Hybride* <p>*Hybride : l'utilisation simultanée d'une pharmacothérapie et d'un traitement non pharmacologique, ou de deux traitements non pharmacologiques ou plus.</p>

REMERCIEMENTS

La Société canadienne de cardiologie souhaite remercier sincèrement les personnes suivantes qui ont élaboré le chapitre du dictionnaire de données sur la fibrillation auriculaire :

Groupe de travail sur le chapitre des définitions de données sur la fibrillation auriculaire

Charles Kerr (co-président), St. Paul's Hospital (Colombie-Britannique)
D George Wyse (co-président), Institut cardiovasculaire Libin d'Alberta/Université de Calgary (Alberta)
Karin Humphries, Université de la Colombie-Britannique, présidente du Comité directeur des définitions de données

Groupe de travail sur le chapitre des indicateurs de qualité sur la fibrillation auriculaire

Jafna Cox (président), Cardiovascular Health Nova Scotia
D George Wyse (vice-président), Institut cardiovasculaire Libin d'Alberta/Université de Calgary (Alberta)
Brigitte Côté, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Québec)
Paul Dorian, St. Michael's Hospital (Ontario)
Vanita Gorzkiewicz/Yanyan Gong, Institut canadien d'information sur la santé
Kori Kingsbury, Réseau de soins cardiaques de l'Ontario
Robert McKelvie, Institut de recherche sur la santé de la population/Hamilton Health Sciences (Ontario), et président, Groupe de travail sur le chapitre des indicateurs de qualité sur l'insuffisance cardiaque
Sean McMurtry, Université de l'Alberta
Allan Skanes, Université de l'Ouest de l'Ontario (Ontario)
Atul Verma, Southlake Regional Health Centre (Ontario)
Sulan Dai, Agence de la santé publique du Canada
David Johnstone, Mazankowski Alberta Heart Institute et président, Comité directeur des indicateurs de qualité

Comité directeur des définitions de données

Karin Humphries (présidente), Université de la Colombie-Britannique
Jafna Cox, Cardiovascular Health Nova Scotia
Ross Davies, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa (Ontario)
Diane Galbraith, Alberta Provincial Project for Outcome Assessment in Coronary Heart Disease
Kori Kingsbury, Réseau de soins cardiaques de l'Ontario
Andrew Kmetc, Cardiac Services BC
Dennis Ko, Institute for Clinical Evaluative Studies
Laurie Lambert, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (QC)
Anne McFarlane, Institut canadien d'information sur la santé
Sulan Dai, Agence de la santé publique du Canada
Mario Talajic (d'office), Institut de cardiologie de Montréal, et président, Société canadienne de cardiologie
Heather Ross (d'office), Réseau universitaire de santé, et vice-président, Société canadienne de cardiologie
Blair O'Neill (d'office), Alberta Health Services, et président sortant, Société canadienne de cardiologie

Soutien du projet

Anne Ferguson, chef de la direction, Société canadienne de cardiologie
Nick Neuheimer, directeur de projet, et directeur, promotion et politiques relatives à la santé, Société canadienne de cardiologie
Holly Fan, gestionnaire de projet (à l'externe)

La production de ces documents a été rendue possible par la Société canadienne de cardiologie grâce à la contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada.

AVERTISSEMENT

Les opinions exprimées aux présentes ne représentent pas nécessairement celles de l'Agence de la santé publique du Canada.

COPYRIGHT

© Tous droits réservés. Aucune partie du présent document ne peut être reproduite, stockée dans un système d'extraction ni transmise sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, par voie électronique ou mécanique, par télécopieur, par enregistrement ou autrement, sans la permission écrite appropriée de la Société canadienne de cardiologie^{MC}.