



NOTE : Consulter les lignes directrices de la Société canadienne de cardiologie sur l'insuffisance cardiaque <http://ccs.ca>

MÉDECIN TRAITANT

Tampon du médecin ici (ou personne à contacter)

Médecin de famille régulier du patient ?

Oui

Non



Coordonnées (si elles sont connues) :

Numéro de facturation : _____

DÉMOGRAPHIE DU PATIENT

Nom :

Prénom :

DDN :

No. de carte santé :

Adresse :

(M)

(B)

poste

(C)

RAISON DE CONSULTATION

Date de référence :

Évaluer pour préciser le diagnostique

Insuffisance cardiaque de novo*

Réponse inadéquate au traitement

Progression des symptômes

Autre :

S'il s'agit d'une urgence immédiate, appeler le cardiologue ou aller à l'urgence

Urgent (< 2 semaines)

Non urgent (< 6 semaines)

Consulter les points de repère de la SCC sur les temps d'attente

<http://ccs.ca>

ANTÉCÉDENTS

Insuf. rénale chronique

Angine

Diabète

IM

Tabagisme

Hypertension

MPOC

Syncope récente

Classe de la NYHA

<http://sscts.org/ClassificationHeartFailureNYHA.aspx>

(cocher une réponse)

1

2

3

4

Antécédents cardiovasculaires

pertinents : (* y compris les antécédents familiaux pertinents si ces symptômes se manifestent pour la première fois.)

EXAMEN MÉDICAL

Poids :

Taille :

Pression artérielle :

/

Fréquence cardiaque :

Augmentation récente de l'œdème ou prise de poids ?

Oui

Non

Autres observations

physiques pertinentes :

MÉDICAMENTS

Liste à jour des médicaments : _____ Ci-jointe _____
Télocopiée séparément _____

Observance aux médicaments ? Oui _____
Non _____

Allergies ou intolérance à des médicaments — préciser :

EXAMENS DE LABORATOIRE

Hgb _____ Créatinine/T.F.Glomer _____ K+ _____ Glucose à jeun _____

Autres résultats de laboratoires pertinents : (p. ex. hormone thyroïdienne, enzymes hépatiques)

IMAGERIE DIAGNOSTIQUE

Le médecin traitant doit fournir les documents suivants :
(cocher les cases ci-dessous lorsque complété)

Radiographie pulmonaire _____
ECG _____

Ci-jointe _____ Télocopiée séparément _____

SI CONNUS :

Écho ou Ventric. Isotopique* _____ Coronarographie _____
Peptide B-natriurétique (BNP) _____ Holter _____

*Organisé par le médecin consultant, le cas échéant, avant consultation

Commentaires/
Autres antécédents médicaux pertinents :

VEUILLEZ NOTER: Si l'état du patient change ou si de nouveaux renseignements diagnostiques deviennent disponibles, **veuillez** prévenir le médecin-consultant.

RÉPONSE DU MÉDECIN-CONSULTANT

Date du rendez-vous : _____ Le patient a été informé du RV Oui _____ Non _____

Tampon du médecin ici (ou personne à contacter)

Copie au médecin de famille s'il n'est pas le médecin référant

Recommandations préliminaires :

Nom MD-consultant : _____ Signature : _____ Date : _____