



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)

Numéro de facturation : \_\_\_\_\_

Médecin de famille régulier du patient ?  Oui

Non

Coordonnées (si elles sont connues) :

## 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 diagnostic

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  
 Télécopiée 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)

Ci-jointe  Télécopiée séparément

Radiographie pulmonaire  
 ECG

### 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  Oui  
été informé  Non  
du RV

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 : \_\_\_\_\_