



MOCLI60483

Installation : \_\_\_\_\_

Dossier : \_\_\_\_\_  
Nom, Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ ☐ F ☐ M  
aaaa-mm-jj  
NAM : \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_  
aaaa-mm  
Nom, Prénom de la mère : \_\_\_\_\_

## RÉFÉRENCE CLINIQUE D'INSUFFISANCE CARDIAQUE HÔPITAL ANNA-LABERGE

☐ Usager accepte la référence et répond aux critères d'admission de la Clinique d'insuffisance cardiaque

### GÉNÉRALITÉS

Date de la demande : \_\_\_\_\_ aaaa/mm/jj

Nom du cardiologue ou interniste référent : \_\_\_\_\_

Nom du cardiologue ou interniste traitant (si différent) : \_\_\_\_\_

Délai de prise en charge visé : ☐ Moins de 2 semaines ☐ 2 à 4 semaines ☐ 4 à 6 semaines

### DIAGNOSTIC

Diagnostic : \_\_\_\_\_

Fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) : \_\_\_\_\_ %

Investigation de l'étiologie complétée : ☐ Oui ☐ À poursuivre

Préciser : \_\_\_\_\_

### BUT DE LA RÉFÉRENCE

Plusieurs choix possibles :

- ☐ Suivi post hospitalisation pour insuffisance cardiaque (FEVG préservée ou réduite) chez usager à risque de décompensation
- ☐ Prise en charge de l'insuffisance cardiaque décompensée chez usager ne nécessitant pas une hospitalisation
- ☐ Optimisation du traitement pharmacologique d'insuffisance cardiaque chez usager avec FEVG inférieure ou égale à 40%
- ☐ Éducation thérapeutique

Signature du médecin : \_\_\_\_\_ # permis : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ aaaa/mm/jj

**Cette référence doit être envoyée par télécopieur au 450-699-6592**

La Clinique d'insuffisance cardiaque contactera l'usager pour lui donner un rendez-vous.

Pour joindre l'infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes (IPSSA) en service :

- Faire signaler l'IPSSA via la téléphoniste au 450-699-2425
- Laisser un message dans sa boîte vocale au 450-699-2425, poste 2789