



MOCLI60622

Installation : _____

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

RÉFÉRENCE À LA CLINIQUE POST-INFARCTUS

Consignes générales : Toujours remettre une copie de cette référence complétée à l'usager

Pour les requêtes en provenance de l'Hôpital Anna-Laberge : Faire une demande de rendez-vous à la centrale de rendez-vous selon les modalités habituelles.

Pour les requêtes en provenance de l'externe de l'Hôpital Anna-Laberge : Acheminer la requête, le sommaire médical et les examens complémentaires par télécopieur au 450-699-6592.

GÉNÉRALITÉS		
Md référent : _____ NOM ET PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES SVP	Md de famille : _____ NOM ET PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES SVP	☐ Usager orphelin

CONDITION CLINIQUE		
☐ Infarctus du myocarde de type : _____	Date : _____	aaaa/mm/jj
☐ Suivi post pontages aorto-coronariens (PAC)	Coronarographie réalisée : ☐ Oui ☐ Non	Date : _____
Autres diagnostics : _____		
Échographie cardiaque demandée : ☐ Oui ☐ Non	Réalisée : ☐ Oui ☐ Non	FEVG : _____%
Mibi Persantin demandé : ☐ Oui ☐ Non	Réalisé : ☐ Oui ☐ Non	

PLANIFICATION DES RENDEZ-VOUS	
Inf. praticienne spécialisée en soins aux adultes ☐ 2-3 semaines post congé ☐ Délai moindre, précisez : _____ semaine(s)	☐ ECG 30 minutes pré-rendez-vous
Suivi conjoint avec : ☐ Médecine interne (post-infarctus) : ☐ 3 mois ☐ Autre : _____ ☐ semaine(s) ☐ mois	☐ Cardiologue dans (svp précisez le délai) : _____ ☐ semaine(s) ☐ mois
☐ ECG 30 minutes pré-rendez-vous	
Laboratoires en externe à effectuer 1 semaine AVANT le rendez-vous : • CK et ALT • HbA1C • Glucose • FSC • Profil lipidique • Électrolytes et Créatinine • Micro albuminurie urinaire (si usager diabétique)	
☐ Demande normalisée d'analyse de biologie médicale REMISE À L'USAGER	

MÉDICAMENTS PRESCRITS	
☐ Aspirine	☐ Bêtabloqueur
☐ Brillinta (Ticagrelor) ☐ Clopidogrel (Plavix)	☐ IECA OU ARA
☐ Anticoagulant Préciser : _____	☐ Statine
☐ Inhibiteur de la pompe à proton	☐ Nitroglycérine en pulvérisation sous lingual 0,4mg

RECOMMANDATIONS À L'USAGER	
Reprise de la conduite automobile dans : _____	☐ semaine(s) ☐ mois ☐ autre : _____
Retour au travail dans : _____	☐ semaine(s) ☐ mois ☐ autre : _____

Nom du demandeur : _____

Signature et titre : _____ Date : _____