



MOCLI60839

Installation : _____

**RÉFÉRENCE EN CLINIQUE IPS DE CARDIOLOGIE
HÔPITAL DU SUROIT**

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

☐ Usager accepte la référence

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 ☐ Autre : _____

Est-ce qu'un suivi conjoint avec l'interniste est prévu : ☐ Oui ☐ Non

BUT DE LA RÉFÉRENCE

Plusieurs choix possibles :

- ☐ Cardiomyopathie / Insuffisance cardiaque de novo
 - ☐ Prise en charge / investigation ☐ Optimisation et titration
 - ☐ 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
- ☐ Maladie coronarienne athérosclérotique (MCAS)
 - ☐ Suivi postsyndrome coronarien aigu (SCA)
 - ☐ Angine stable / ajustement médication antiangineuse
- ☐ Suivi postopératoire de chirurgie cardiaque
- ☐ Troubles du rythme cardiaque
 - ☐ Post-insertion de cardiostimulateur cardiaque (pacemaker)
- ☐ Surveillance de la fonction rénale
- ☐ Relance rapide chez usager avec problème cardiaque
- ☐ Découvertes fortuites au test à l'effort ou à l'échographie transthoracique (ETT) (usager sans suivi en cardio)
- ☐ Prise en charge ou suivi des facteurs de risques cardiovasculaires (CV)
- ☐ Éducation thérapeutique
- ☐ Autres : _____

INFORMATIONS ADDITIONNELLES

Signature du médecin : _____ # permis : _____ Date : _____
aaaa/mm/jj

Cette référence doit être envoyée
à l'adresse courriel suivante : medecine.interne.suroit.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca