



ORDONNANCE D'INSCRIPTION

CLINIQUE DES MALADIES CARDIAQUES SUBAIGUES

TÉLÉCOPIER LA REQUÊTE ET REMETTRE UNE COPIE À L'USAGER

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Télécopieur L'HDQ 418 691-5714 | <input type="checkbox"/> IPS (L'HDQ) : 418 525-4444 p.15387 |
| <input type="checkbox"/> Télécopieur L'HEJ 418 649-5809 | <input type="checkbox"/> IPS (HEJ) : 418 525-4444 (p. 66480/66485) |
| <input type="checkbox"/> Télécopieur l'HEJ/Pharmacien 418 649-5832 | <input type="checkbox"/> Pharmacien HEJ (amorce/ajustement) 418 525-4444 p. 63459 |
| <input type="checkbox"/> Télécopieur L'HSFA 418 525-4197 | <input checked="" type="checkbox"/> Amorce/ajustement autorisé lors du transfert IPS au pharmacien |
| <input type="checkbox"/> Télécopieur CHUL 418 654-2268 | <input type="checkbox"/> IPS (HSFA) 418 525-4444 p. 17398 |
| | <input type="checkbox"/> IPS (CHUL) 418-525-4444 p. 42030 |

Date de la demande : ____/____/____ Nouvel usager Usager connu
aaaa mm jj

Provenance : Urgence Unité de cardiologie/unité coronarienne Clinique externe
 Autre : _____

Délai de prise en charge : D'ici une semaine (P1) D'ici deux semaines (P2) D'ici trois semaines (P3)
 D'ici quatre semaines (P4) D'ici deux mois (P5) D'ici trois à 6 mois (P6)

Prochain rendez-vous : Visite à la clinique : sans médecin: _____ avec médecin: _____
 Rendez-vous téléphonique

Nombre de jours d'hospitalisation épargnés : _____ **Visite à l'urgence évitée :** Oui Non

DEMANDE DE SERVICES :

- Diagnostic principal :** Arythmies auriculaires MCAS Épanchement pulmonaire
 Arythmies ventriculaires HTA Insuffisance cardiaque (HEJ et CHUL)
 Suivi post-chirurgie cardiaque Péricardite Autre : _____
 Épanchement cardiaque Myocardite

Raison d'inscription : _____

- Examens de laboratoire demandés:** Ions, urée, créatinine Hb-Ht TSH Calcium, magnésium, phosphore
 À faire le : _____ RNI Bilirubine, ALT, LDH, GGT Bilan lipidique Protéine C réactive
 À faire d'ici le prochain RDV Nt-proBNP Digoxinémie HbA1C CK, troponines
 Stat

Examens demandés :

- ECG
 Radiographie pulmonaire
 Échographie cardiaque
 MAPA
 Holter

Renseignements cliniques (section obligatoire pour tout examen demandé) :

Signature du cardiologue _____ **Numéro de pratique** _____ **Date et heure :** ____/____/____ : ____:____
aaaa mm jj hh:mm

()