

DEMANDE D'EXAMEN
CARDIOLOGIE

CLSC - URGENCE MINEURE - CENTRE D'HÉBERGEMENT DE WINDSOR

ÉCHELLE DE PRIORITÉ CLINIQUE : **B : ≤ 10 jours** **C : ≤ 28 jours** **D : ≤ 3 mois (90 jours)**

Locomotion usager	Préventions des infections		
<input type="checkbox"/> Ambulant	<input type="checkbox"/> Contact	<input type="checkbox"/> Contact +	<input type="checkbox"/> Contact E
<input type="checkbox"/> Civière	<input type="checkbox"/> Aérienne	<input type="checkbox"/> Aérienne et contact	<input type="checkbox"/> Aérienne-contact-Oculaire
<input type="checkbox"/> Chaise roulante	<input type="checkbox"/> Gouttelettes	<input type="checkbox"/> Gouttelettes et contact	<input type="checkbox"/> Gouttelettes-contact-oculaire
	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Neutropénique	

AVEC RENDEZ-VOUS		SANS RENDEZ-VOUS	
Télécopier la requête au 819 845-4269. Le Service d'imagerie médicale communiquera avec l'usager pour fixer le rendez-vous.		L'usager doit se présenter au Service d'imagerie médicale selon les heures d'ouverture :	
		→ En semaine : entre 8 h et 20 h	
		→ Fins de semaine et jours fériés : entre 8 h et 15 h	
Holter	Monitoring ambulatoire de pression artérielle	Électrocardiogramme	
<input type="checkbox"/> 24 heures	<input type="checkbox"/> 24 heures	<input type="checkbox"/> ECG	

Symptômes et médicaments

Symptômes :

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sans antécédent | <input type="checkbox"/> Infarctus ancien | <input type="checkbox"/> Douleurs thoraciques | <input type="checkbox"/> Infarctus aigu |
| <input type="checkbox"/> Angine | <input type="checkbox"/> Arythmie | <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle (HTA) | <input type="checkbox"/> Cardiomyopathie |
| <input type="checkbox"/> MPOC | <input type="checkbox"/> Pacemaker | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Déséquilibre électrolytique |
| <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____ | | | |

Médicaments :

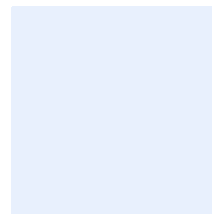
- | | | | | |
|---|---------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Antidépresseur | <input type="checkbox"/> Bêtabloqueur | <input type="checkbox"/> Diurétique | <input type="checkbox"/> Digoxine | <input type="checkbox"/> Inhibiteur Ca+ |
| <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____ | | | | |

Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires

Identification du médecin référent et du point de service

Nom du médecin référent		N° permis	
Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste	N° de télécopieur
Nom du point de service			
Signature		Date (année, mois, jour)	

ESTAMPE



Médecin en copie conforme :

N° permis :