



CP5467

**DEMANDE DE CONSULTATION
IMPLANTATION VALVE AORTIQUE
PERCUTANÉE PAR CATHÉTER (TAVI)**



Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Provenance de l'usager : Domicile Transfert (hospitalisé au CH référant) _____
 Hospitalisé - interne et unité de soins : _____ Transfert en externe

Lors d'un transfert, personne à contacter dans l'établissement référant

Lieu de résidence : maison résidence privée CHSLD

Cardiologue : _____ **Médecin de famille :** _____

MOTIF DE LA DEMANDE ET DONNÉES COMPLÉMENTAIRES

ANTÉCÉDENTS

Chirurgie cardiaque : _____ Cardiostimulateur : _____
 Angioplastie / tuteur : _____ Défibrillateur : _____
 Autre : _____ Investigation pour Néo: _____
 Fonction rénale : _____ Créatinine : _____
 Précision : _____

LABORATOIRES À TRANSMETTRE (obligatoires)

FSC NT-Pro-BNP
 Ions-créat Albumine

EXAMENS À TRANSMETTRE (obligatoires)

ECG
 Écho-cardiaque

CONSULTATIONS MÉDICALES (obligatoires)

Lettre de référence Résumé d'hospitalisation
 Consultations de spécialistes
 Protocole opératoire si chx cardiaque extérieur IUCPQ-UL

EXAMENS À TRANSMETTRE (si au dossier)

Coronarographie (rapport/examen) ETO
 Doppler carotides
 Médecine dentaire

Si l'usager a **80 ans et plus** ou si **indication**, procéder au dépistage cognitif et de la fragilité (formulaire IUCPQ-UL).
 Si le résultat du dépistage est supérieur ou égal à 3 sur 5, une consultation en gériatrie doit être réalisée.

* Envoyer tous les documents à la Clinique TAVI IUCPQ-UL (**418-656-4629**)

Nom du prescripteur : _____
En lettres moulées

N° de permis : _____
Année Mois Jour Heure

Signature médicale (ou autorisée) : _____ **Date :** _____