INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC
UNIVERSITÉ LAVAL

CP5576

USAGER EN AMBULATOIRE - CIUSSS DE LA CAPITALE NATIONALE SEULEMENT - DEMANDE DE CONSULTATION IMPLANTATION VALVE AORTIQUE TAVI

Poids contrôlé : _____ **kg** **Taille :** _____ **cm**

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 : _____
☐ Angioplastie / tuteur : _____
Autre : _____
☐ Fonction rénale : _____
Précision : _____

☐ Cardiostimulateur : _____
☐ Défibrillateur : _____
☐ Investigation pour Néo : _____
☐ Créatinine : _____

LABORATOIRES À TRANSMETTRE (obligatoires) (plus petit ou égale à 2 mois)		EXAMENS À TRANSMETTRE (obligatoires)
☐ FSC	☐ NT-Pro-BNP	☐ ECG (dans les derniers 48h et répéter si DRS ou nouvelles arythmies)
☐ Ions-créat	☐ Albumine	☐ Écho-cardiaque (plus petit ou égale à 3 mois)

CONSULTATIONS MÉDICALES (obligatoires)		EXAMENS À TRANSMETTRE (obligatoires)	
☐ Lettre de référence	☐ Résumé d'hospitalisation	☐ Coronarographie (rapport/examen)	☐ ETO
☐ Consultations de spécialistes		☐ Doppler carotides (plus petit ou égale à 1 an)	
☐ Protocole opératoire si chx cardiaque extérieur IUCPQ-UL		☐ Médecine dentaire	

☐ Si l'usager a **<u>80 ans et plus</u>** ou si **<u>indication</u>**, procéder au dépistage cognitif et de la fragilité (formulaire IUCPQ-UL).
Si le résultat du dépistage est supérieur ou égal à 3 sur 5, veuillez soumettre une demande de consultation à la Clinique gériatrique de Québec via le formulaire de référence (formulaire IUCPQ-UL).

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

Nom du prescripteur : _____ **N° de permis :** _____
En lettres moulées

Signature médicale (ou autorisée) : _____ **Date :** Année | Mois | Jour | Heure :