



RÉFÉRENCE POUR L'ACCUEIL CLINIQUE
Douleur rétrosternale atypique (DRS)
Selon Ordonnance Collective (OC) OC-014

Installation : Hôpital de la Cité-de-la-Santé

À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN / IPS REQUÉRANT

CONDITIONS D'INITIATION

- Avoir 30 ans et plus
- Facteurs de risque de maladie coronarienne identifiés parmi les suivants si DRS atypique : âge, sexe, hérédité, HTA, dyslipidémie, diabète, obésité, sédentarité, tabagisme, maladie cardiaque athérosclérotique, maladie vasculaire connue
- Traitement antiplaquettaire acide acétylsalicylique (AAS) initié en absence de contre-indication (ex. autre antiplaquettaire ou anticoagulant en cours, etc.)

Préciser la contre-indication s'il y a lieu :

CONTRE-INDICATIONS SPÉCIFIQUES

- Douleur thoracique non soulagée par la prise de nitroglycérine sublinguale à 3 reprises pour le même épisode
- Douleur thoracique de plus de 30 minutes dans les dernières 24 heures
- T.A. $\geq 180/110$ mm Hg
- Augmentation des symptômes de fatigue et/ou d'essoufflement en lien avec l'épisode en cours
- Usager présentant une fibrillation auriculaire de novo
- Usager connu avec MCAS et présentant DRS au repos (suspicion d'angine instable, référer à l'urgence si DRS dans les derniers 48h)
- Grossesse

Si votre usager présente l'une de ces contre-indications, celui-ci n'est pas un candidat pour l'Accueil clinique

INFORMATIONS CLINIQUES PERTINENTES (obligatoire)

MERCI DE JOINDRE À CETTE DEMANDE LES ITEMS SUIVANTS (obligatoire)

- Note de consultation Examens pertinents AAS prescrit (svp préciser) : _____

Toute demande incomplète ou ne répondant pas aux indications et/ou comportant des contre-indications sera retournée et le dossier sera fermé jusqu'à réception de dossier conforme.

IDENTIFICATION LISIBLE DU MÉDECIN / IPS REQUÉRANT (toutes les informations ci-dessous sont obligatoires)

Nom et prénom du médecin / IPS requérant (en lettres moulées)

Signature

No de permis

Étampe médecin

Téléphone (ligne directe pour rejoindre MD / IPS) :

Télécopieur ou courriel

Clinique – GMF – UMF – autre

Date et heure

**JE M'ENGAGE À FAIRE LE SUIVI TOUT AU LONG DES INVESTIGATIONS.
EN MON ABSENCE J'AI DÉSIGNÉ LE MD/IPS SUIVANT :**

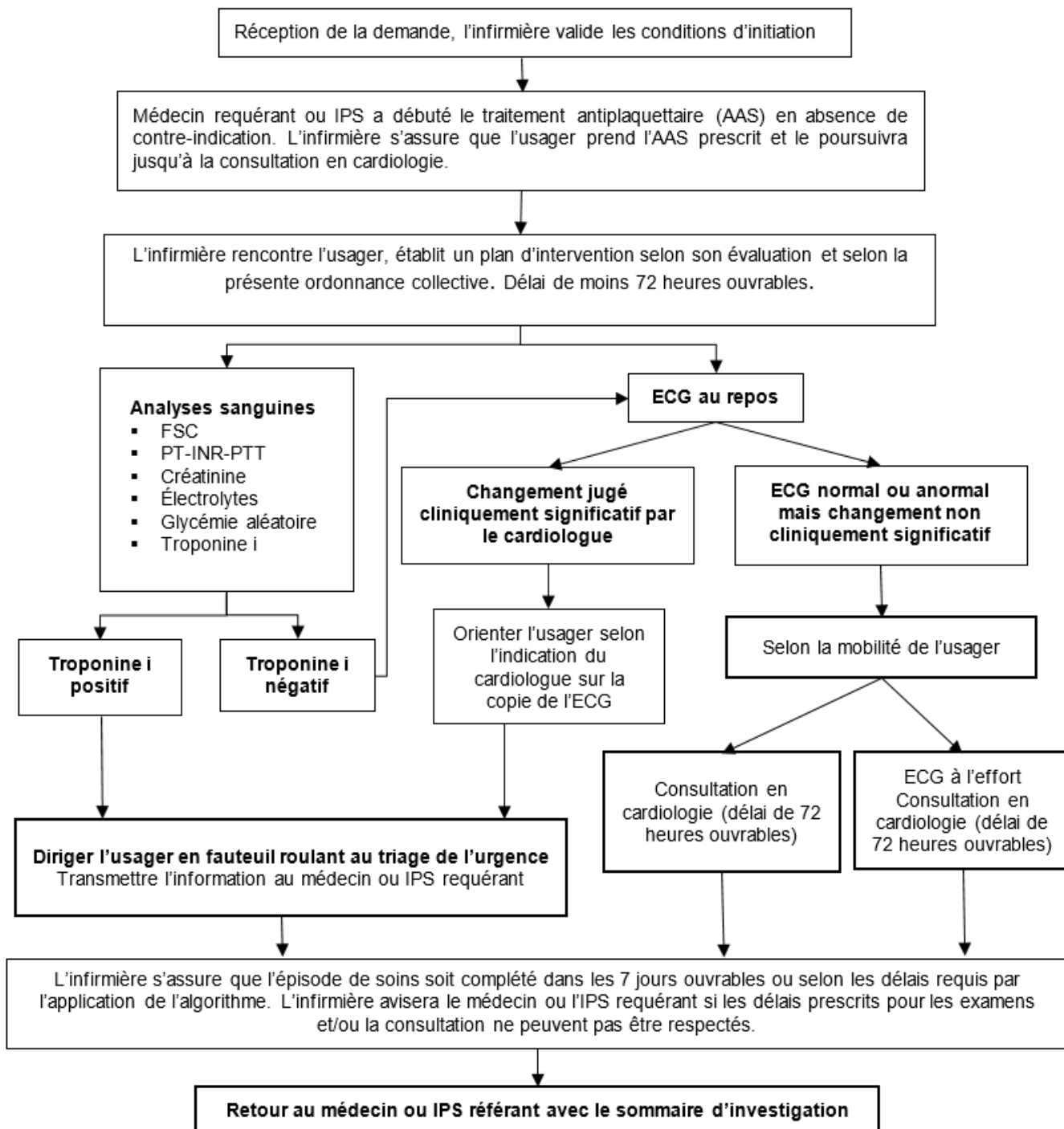
Nom et prénom du médecin / IPS (lettres moulées)

Téléphone (facilement joignable)

Télécopieur ou courriel

Courriel : accueil.clinique.cissslav@ssss.gouv.qc.ca **Télécopieur:** (450) 975-5582 **Téléphone:** (450) 668-1010 poste 24682

Algorithme angine avec ou sans facteurs de risque/douleur rétro-sternale atypique avec facteurs de risque OC-014



[OC-14-3 Initier des services diagnostiques, thérapeutiques et de consultation en cardiologie pour des usagers présentant de l'angine avec ou sans facteurs de risque ou douleur rétro-sternale atypique \(DRS\) avec des facteurs de risque](#)

p.6