

DEMANDE DE SERVICE EN ÉCHOGRAPHIE CARDIAQUE
(POUR CLIENTÈLE AMBULATOIRE)

CRV

Raison de consultation

Échelle de priorité clinique : A : ≤ 3 jrs B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois

1^{ère} demande d'examen

Examen de contrôle ▶ site du 1^{er} examen :

Échographie cardiaque transthoracique (ETT) selon échelle HYNNA ¹	Éliminer endocardite Épanchement péricardique avec signes/symptômes cliniques Dyspnée 4/4 selon NYHA avec signes d'insuffisance cardiaque AVC / ICT aigu		URGENT Ne pas compléter le formulaire et référer directement à l'urgence	
	<input type="checkbox"/> Fibrillation auriculaire de novo		Référer à l'accueil clinique si vous y avez accès. Sinon, consultation en cardiologie suggérée. Si consultation non requise, priorité D	
	<input type="checkbox"/> Néoplasie : pré-chimiothérapie ou suivi Herceptin	B	<input type="checkbox"/> Dyspnée sans autre symptôme ni signe cardiovasculaire ou dyspnée d'effort inexpliquée	E
	<input type="checkbox"/> Péricardite	C	<input type="checkbox"/> Souffle cardiaque asymptomatique d'allure pathologique	
	<input type="checkbox"/> Dyspnée d'effort de novo marquée (NYHA = 3/4)		<input type="checkbox"/> Recherche d'hypertension pulmonaire	
	<input type="checkbox"/> Dyspnée d'effort de novo modérée avec signes d'insuffisance cardiaque (NYHA = 2/4)	D	<input type="checkbox"/> ECG anormal sans symptôme cardiovasculaire	
	<input type="checkbox"/> Syncope d'étiologie indéterminée		<input type="checkbox"/> Cardiomégalie (documentée à la radiographie des poumons)	
	<input type="checkbox"/> Souffle cardiaque avec symptômes cardiovasculaires		<input type="checkbox"/> Autre : Renseignements cliniques :	
<input type="checkbox"/> AVC / ICT non aigu	(Indiquer la priorité qui sera validée par le guichet d'accès)			
<input type="checkbox"/> Renseignements cliniques :		Délai souhaité :		
(Réservé aux cardiologues, neurologues et microbiologistes)				
ETO²	<input type="checkbox"/> Renseignements cliniques :		Délai souhaité :	
(Réservé aux cardiologues)				
Échographie de stress	<input type="checkbox"/> À l'effort <input type="checkbox"/> Dobutamine <input type="checkbox"/> Persantin		Délai souhaité :	
(Réservé aux cardiologues)				

Médecin de famille : Idem au médecin référent Usager sans médecin de famille

Nom du point de service

Nom du médecin de famille

Identification du médecin référent et du point de service

Priorité clinique

Nom du médecin référent

N^o de permis

Ind. Rég.

N^o de téléphone

N^o de poste

Ind. Rég.

N^o de télécopieur

Nom du point de service

Signature

Date (année/mois/jour)

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Laval

Québec 

DEMANDE DE SERVICE EN ÉCHOGRAPHIE CARDIAQUE
(POUR CLIENTÈLE AMBULATOIRE)

CRV

Légende¹

Échelle NYHA

- 1/4 : aucune limite à l'activité
- 2/4 : symptômes à l'activité ordinaire
- 3/4 : symptômes à la moindre activité
- 4/4 : symptômes au repos

Légende²

ETO = Échographie transoesophagienne