

DEMANDE DE SERVICE POUR HOLTER / DÉTECTEUR  
D'ARYTHMIE 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<sup>ère</sup> demande d'examen

Holter	<input type="checkbox"/> Bradycardie symptomatique	B
	<input type="checkbox"/> Syncope ou présyncope d'étiologie indéterminée ≥ 1 épisode par semaine	C
	<input type="checkbox"/> Extrasystoles ventriculaires fréquentes	D
	<input type="checkbox"/> Fibrillation auriculaire – contrôle de la fréquence	
	<input type="checkbox"/> Tachycardie soutenue et symptomatique	
	<input type="checkbox"/> Palpitations quotidiennes	E
	<input type="checkbox"/> Extrasystoles supra ventriculaires fréquentes et symptomatiques	
	<input type="checkbox"/> <b>Autre</b> Renseignements cliniques :	Délai souhaité :
<small>(Indiquer la priorité qui sera validée par le guichet d'accès)</small>		
Détecteur arythmie	Détecteur d'arythmie	Délai souhaité :
	<input type="checkbox"/> AVC / ICT	
	<input type="checkbox"/> Évènement embolique	
	<input type="checkbox"/> Syncope inexplicée (2 semaines)	
	Épisode unique	
<input type="checkbox"/> Palpitations épisodiques (au moins 2 fois / mois)		

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

Ind. Rég. N° de téléphone N° de poste

Nom du point de service

Signature

Date (année/mois/jour)

Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
de Laval

Québec 

DEMANDE DE SERVICE POUR HOLTER / DÉTECTEUR  
D'ARYTHMIE CARDIAQUE  
(POUR CLIENTÈLE AMBULATOIRE)

**CRV**

Notes supplémentaires :