



Nom, Prénom : \_\_\_\_\_ DDN : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
NAM : \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Téléphone domicile : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Autre (facilement joignable) : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Formulaire de référence à l'Accueil clinique de l'ICM**

Douleur thoracique de novo ou d'apparition récente suggestive d'angine

**À compléter par le médecin référent ou l'Infirmière praticienne spécialisée (IPS)**

Spécifier la condition de l'usager (un seul choix) :

- Angine d'effort de novo  
 Angine d'effort évoluant  $\geq$  1 mois  
 DRS atypique avec facteurs de risque
- L'usager répond aux critères d'admissibilité de l'Accueil clinique et ne présente aucune contre-indication.

**Antécédents pertinents**

- |   |                                    |                                       |   |  |
|---|------------------------------------|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> HTA            | <input type="checkbox"/> Diabète   | <input type="checkbox"/> Dyslipidémie | <input type="checkbox"/> Arythmie       | <input type="checkbox"/> MVAS            |
| <input type="checkbox"/> Atcd d'ICT/AVC | <input type="checkbox"/> Tabagisme | <input type="checkbox"/> Surpoids     | <input type="checkbox"/> Atcd Familiaux | <input type="checkbox"/> MPOC/<br>Asthme |

Prise d'anticoagulant :

- COUMADIN  NACO (Dabigatran, Apixaban, Rivaroxaban etc..)  ASA  PLAVIX  AUTRES \_\_\_\_\_

Prise d'antiplaquettaire:

**Autres renseignements cliniques pertinents**

Cocher l'examen diagnostique jugé approprié selon la condition du patient. (*Référez-vous à l'ordonnance individuelle standardisée au verso pour guider votre choix*)

- Épreuve d'effort À prioriser sauf si contre-indication(s) à l'examen  
 MIBI Persantin  MIBI d'effort  Échographie dobutamine  Échographie d'effort

N.B l'examen diagnostique peut être modifié selon l'avis du cardiologue.

**Identification du médecin référent ou de l'infirmière praticienne spécialisée (IPS)**

Nom du référent (lettre moulée) : \_\_\_\_\_ # licence : \_\_\_\_\_

- J'accepte que les procédures diagnostiques telles que présentées dans l'ordonnance individuelle standardisée soient appliquées ( voir verso)  
 Joindre ECG antérieur à la demande (s'il y a lieu)

Signature du référent : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Veuillez télécopier ce formulaire au (514) 593-2509 ou le faire parvenir par courriel à [accueil.clinique@icm-mhi.org](mailto:accueil.clinique@icm-mhi.org)



**Ordonnance individuelle standardisée  
de l'Accueil clinique de l'ICM**

Douleur thoracique de novo ou d'apparition récente suggestive d'angine

**1. Bilan sanguin**

**DÉLAI 24-48H**

- FSC
- PT/PTT (si prise d'anticoagulant)
- Électrolytes
- HbA1c (si diabète connu)
- CKMB, Troponine T hs
- Urée, Créatinine
- Bilan lipidique

*N.B. Si le résultat troponine T positive → L'utilisateur sera orienté vers l'urgence selon l'avis du cardiologue*

**2. Épreuves diagnostiques**

**DÉLAI 24-48h**

1<sup>er</sup> temps : Électrocardiogramme (ECG) validé par le cardiologue/IPSC répondant

*N.B si changements électriques suggérant une ischémie myocardique → l'utilisateur sera référé à l'urgence*

2<sup>ème</sup> temps : Examen diagnostique tel que sélectionné sur le formulaire de référence DÉLAI 48-72h

**Épreuve d'effort**

Contre-indication(s) :

- ✓ Incapacité physique ou fonctionnelle à fournir un effort adéquat
- ✓ Bloc de branche gauche
- ✓ Hypertrophie ventriculaire gauche (HVG)
- ✓ WPW
- ✓ Rythme électro-entraîné
- ✓ Prise de médicaments digitaliques (ex: Lanoxin)

**MIBI persantin**

Contre-indication(s) :

- ✓ Asthme sévère avec corticodépendance
- ✓ ATCD d'AVC
- ✓ ATCD de sténose carotidienne sévère

**MIBI d'effort**

Contre-indication(s):

- ✓ Incapacité physique ou fonctionnelle à fournir un effort adéquat

**Échographie Dobutamine**

Contre-indication(s) :

- ✓ HTA non-contrôlée
- ✓ Arythmie non-contrôlée
- ✓ Obésité morbide

**Échographie d'effort**

Contre-indication(s):

- ✓ Incapacité physique ou fonctionnelle à fournir un effort adéquat

*N.B Si présence de critères de haut risque à l'examen → Coronarographie sera envisagée en < 48h*

**3. Consultation en cardiologie :** Prévue la journée même de l'examen

- ✓ Suite à la consultation, l'utilisateur sera orienté vers le service approprié, si nécessaire.
- ✓ Retour aux soins du médecin référent avec un résumé des investigations et recommandations du cardiologue

Veuillez télécopier ce formulaire au (514) 593-2509 ou le faire parvenir par courriel à [accueil.clinique@icm-mhi.org](mailto:accueil.clinique@icm-mhi.org)