

## DEMANDE D'EXAMEN CARDIOLOGIE ÉLECTROPHYSIOLOGIE ADULTE - PED

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| POIDS : _____ kg  | TAILLE : _____ cm  | SURFACE CORPORELLE : _____ m <sup>2</sup>  |  |  |
| ALLERGIES : _____   | INTOLÉRANCES : _____   |  |  |  |
| SI CETTE DEMANDE D'EXAMEN VOUS A ÉTÉ ACHEMINÉE PAR ERREUR, MERCI DE LA RETOURNER A L'ACCUEIL DE L'ÉLECTROPHYSIOLOGIE MÉDICALE DE VOTRE INSTALLATION/HÔPITAL.<br><b>Centre de rendez-vous en imagerie médicale et électrophysiologie CHU de Québec (418) 682-7772</b><br>HEJ (418) 649-5575 - HSS (418) 682-7598 - HDQ (418) 691-5415 - HSFA (418) 525-4503 - CHUL (418) 654-2268 - CHUL ped (418) 654-2787  |  |  |  |  |
| <b>PROVENANCE DE LA DEMANDE</b><br><input type="checkbox"/> Hospitalisé <input type="checkbox"/> Externe<br><input type="checkbox"/> Urgence <input type="checkbox"/> Pré-opératoire  | <b>MOBILITÉ</b><br><input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant   | <b>LIEU DE L'EXAMEN</b><br><input type="checkbox"/> Première disponibilité<br><input type="checkbox"/> HEJ <input type="checkbox"/> HSFA <input type="checkbox"/> HDQ <input type="checkbox"/> HSS <input type="checkbox"/> CHUL |  |  |
| PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Contact <input type="checkbox"/> Gouttelettes/contact <input type="checkbox"/> Contact renforcées <input type="checkbox"/> Aériennes<br><input type="checkbox"/> Autres : _____   |  |  |  |  |
| <b>NIVEAU DE PRIORITÉ MSSS (OBLIGATOIRE)</b> : <input type="checkbox"/> PA (0-3 jours) <input type="checkbox"/> PB (4-10 jours) <input type="checkbox"/> PC (11-28 jours)<br><input type="checkbox"/> PD (moins de 3 mois) <input type="checkbox"/> Contrôle (aaaa/mm/jj): _____  |  |  |  |  |
| <b>EXAMEN(S) DEMANDÉ(S) :</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <b>Électrophysiologie médicale</b><br/> <input type="checkbox"/> ECG au repos <input type="checkbox"/> Bande de rythme <input type="checkbox"/> 15 dérivations<br/> <input type="checkbox"/> ECG effort (Tapis roulant) <input type="checkbox"/> ECG effort (ERGO)<br/> <input type="checkbox"/> VO2 Max (exclusivement pour la pédiatrie)<br/> <input type="checkbox"/> Holter <input type="checkbox"/> 24 hrs <input type="checkbox"/> 48 hrs<br/> <input type="checkbox"/> MAPA (Monitoring de la tension artérielle)<br/> <input type="checkbox"/> Spiderflash <input type="checkbox"/> 7 Jours<br/> <input type="checkbox"/> Test de la table basculante<br/> <input type="checkbox"/> Cardiostimulateur : <input type="checkbox"/> Implantation <input type="checkbox"/> Vérification <input type="checkbox"/> Suivi à distance<br/> <input type="checkbox"/> Medtronic<sup>MD</sup> <input type="checkbox"/> Boston<sup>MD</sup> <input type="checkbox"/> St-Jude, Abbott<sup>MD</sup> <input type="checkbox"/> Biotronik<sup>MD</sup> <input type="checkbox"/> Sorin<sup>MD</sup><br/> <input type="checkbox"/> Moniteur cardiaque sous-cutané <input type="checkbox"/> Implant <input type="checkbox"/> Vérification<br/> <input type="checkbox"/> Autre examen EPM: _____         </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <b>Imagerie médicale - Échographie</b><br/>           Poids (kg) : _____ Taille (cm) : _____<br/> <input type="checkbox"/> Écho cardiaque<br/> <input type="checkbox"/> Ajout Images Strain<br/> <input type="checkbox"/> Agent de contraste<br/> <input type="checkbox"/> Test aux bulles<br/> <input type="checkbox"/> 3D<br/> <input type="checkbox"/> Écho Transoesophagienne<br/> <input type="checkbox"/> Écho cardiaque avec inj. Dobutamine<br/> <input type="checkbox"/> Stress Écho<br/> <input type="checkbox"/> Stress Écho (Ergo)<br/> <input type="checkbox"/> Radiographie pulmonaire         </td> </tr> </table> |  |  | <b>Électrophysiologie médicale</b><br><input type="checkbox"/> ECG au repos <input type="checkbox"/> Bande de rythme <input type="checkbox"/> 15 dérivations<br><input type="checkbox"/> ECG effort (Tapis roulant) <input type="checkbox"/> ECG effort (ERGO)<br><input type="checkbox"/> VO2 Max (exclusivement pour la pédiatrie)<br><input type="checkbox"/> Holter <input type="checkbox"/> 24 hrs <input type="checkbox"/> 48 hrs<br><input type="checkbox"/> MAPA (Monitoring de la tension artérielle)<br><input type="checkbox"/> Spiderflash <input type="checkbox"/> 7 Jours<br><input type="checkbox"/> Test de la table basculante<br><input type="checkbox"/> Cardiostimulateur : <input type="checkbox"/> Implantation <input type="checkbox"/> Vérification <input type="checkbox"/> Suivi à distance<br><input type="checkbox"/> Medtronic <sup>MD</sup> <input type="checkbox"/> Boston <sup>MD</sup> <input type="checkbox"/> St-Jude, Abbott <sup>MD</sup> <input type="checkbox"/> Biotronik <sup>MD</sup> <input type="checkbox"/> Sorin <sup>MD</sup><br><input type="checkbox"/> Moniteur cardiaque sous-cutané <input type="checkbox"/> Implant <input type="checkbox"/> Vérification<br><input type="checkbox"/> Autre examen EPM: _____ | <b>Imagerie médicale - Échographie</b><br>Poids (kg) : _____ Taille (cm) : _____<br><input type="checkbox"/> Écho cardiaque<br><input type="checkbox"/> Ajout Images Strain<br><input type="checkbox"/> Agent de contraste<br><input type="checkbox"/> Test aux bulles<br><input type="checkbox"/> 3D<br><input type="checkbox"/> Écho Transoesophagienne<br><input type="checkbox"/> Écho cardiaque avec inj. Dobutamine<br><input type="checkbox"/> Stress Écho<br><input type="checkbox"/> Stress Écho (Ergo)<br><input type="checkbox"/> Radiographie pulmonaire |
| <b>Électrophysiologie médicale</b><br><input type="checkbox"/> ECG au repos <input type="checkbox"/> Bande de rythme <input type="checkbox"/> 15 dérivations<br><input type="checkbox"/> ECG effort (Tapis roulant) <input type="checkbox"/> ECG effort (ERGO)<br><input type="checkbox"/> VO2 Max (exclusivement pour la pédiatrie)<br><input type="checkbox"/> Holter <input type="checkbox"/> 24 hrs <input type="checkbox"/> 48 hrs<br><input type="checkbox"/> MAPA (Monitoring de la tension artérielle)<br><input type="checkbox"/> Spiderflash <input type="checkbox"/> 7 Jours<br><input type="checkbox"/> Test de la table basculante<br><input type="checkbox"/> Cardiostimulateur : <input type="checkbox"/> Implantation <input type="checkbox"/> Vérification <input type="checkbox"/> Suivi à distance<br><input type="checkbox"/> Medtronic <sup>MD</sup> <input type="checkbox"/> Boston <sup>MD</sup> <input type="checkbox"/> St-Jude, Abbott <sup>MD</sup> <input type="checkbox"/> Biotronik <sup>MD</sup> <input type="checkbox"/> Sorin <sup>MD</sup><br><input type="checkbox"/> Moniteur cardiaque sous-cutané <input type="checkbox"/> Implant <input type="checkbox"/> Vérification<br><input type="checkbox"/> Autre examen EPM: _____  | <b>Imagerie médicale - Échographie</b><br>Poids (kg) : _____ Taille (cm) : _____<br><input type="checkbox"/> Écho cardiaque<br><input type="checkbox"/> Ajout Images Strain<br><input type="checkbox"/> Agent de contraste<br><input type="checkbox"/> Test aux bulles<br><input type="checkbox"/> 3D<br><input type="checkbox"/> Écho Transoesophagienne<br><input type="checkbox"/> Écho cardiaque avec inj. Dobutamine<br><input type="checkbox"/> Stress Écho<br><input type="checkbox"/> Stress Écho (Ergo)<br><input type="checkbox"/> Radiographie pulmonaire |  |  |  |
| INDICATION(S) CLINIQUE(S) :<br>_____<br>_____<br>_____  |  |  |  |  |
| Médecin demandeur : Nom : _____ Prénom : _____ N° de permis _____<br>Signature : _____ DATE (aaaa/mm/jj) : _____ / _____ / _____ HEURE (hh:mm) : _____ : _____ CC : _____<br>Acceptation au comité de pharmacologie : _____   |  |  |  |  |

Nom :

Prénom :

# Dossier :

### Section à compléter par le cardiologue

- Examen **SANS** omission de médicaments
- Examen **AVEC** omission de médicaments.
  - Ne pas donner à partir du jour moins 1 de l'examen
  - Ne pas donner à partir du jour moins 2 de l'examen
  - Ne pas donner à partir du jour moins 3 de l'examen

### Liste de médicaments à cesser selon l'indication médicale – ADULTE SEULEMENT

#### Bêtabloquants

|                                     |                                     |                                    |                                      |
|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Acébutolol | <input type="checkbox"/> Carvédilol | <input type="checkbox"/> Nadolol   | <input type="checkbox"/> Propranolol |
| <input type="checkbox"/> Atenolol   | <input type="checkbox"/> Labétalol  | <input type="checkbox"/> Nébivolol | <input type="checkbox"/> Timolol     |
| <input type="checkbox"/> Bisoprolol | <input type="checkbox"/> Metoprolol | <input type="checkbox"/> Pindolol  |                                      |

#### Bloquants calciques dihydropurpidines

|                                     |                                     |                                    |
|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> AmLODIPine | <input type="checkbox"/> NIFÉdipine | <input type="checkbox"/> Diltiazem |
| <input type="checkbox"/> Felodipine |                                     | <input type="checkbox"/> Verapamil |

#### Bloquants calciques non-dihydropyridines

| Inhibiteur de la 5-phosphodiestérase | Nitrates   |   | Autres                              |
|--------------------------------------|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sildénafil  | <input type="checkbox"/> Nitroglycérine sublinguale (pompe)    | <input type="checkbox"/> Isosorbide mononitrate | <input type="checkbox"/> Ivabradine |
| <input type="checkbox"/> Tadalafil   | <input type="checkbox"/> Nitroglycérine topique (onguent)      | <input type="checkbox"/> Isosorbide dinitrate   | <input type="checkbox"/> Nicorandil |
| <input type="checkbox"/> Vardénafil  | <input type="checkbox"/> Nitroglycérine transdermique (timbre) |   | <input type="checkbox"/> Ranolazine |

#### Médecin prescripteur

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dr Bélineau, Patrick 105327        | <input type="checkbox"/> Dr Fillion, Nancy 103289         | <input type="checkbox"/> Dr Lemieux, Annie 110558       | <input type="checkbox"/> Dr Poulin, J-Francois 185381  |
| <input type="checkbox"/> Dr Berthelot-Richer, Maxime 113156 | <input type="checkbox"/> Dr Gaudreault, Valérie 109623    | <input type="checkbox"/> Dr Lortie, Hugo 119809         | <input type="checkbox"/> Dr Roberge, Maude 118747      |
| <input type="checkbox"/> Dr Chetaille, Philippe 05259       | <input type="checkbox"/> Dr Gilbert, Philippe 109572      | <input type="checkbox"/> Dr Machaalany, Jimmy 117159    | <input type="checkbox"/> Dr S-Dumais, Isabelle 102982  |
| <input type="checkbox"/> Dr Côté, Jean-Marc 93371           | <input type="checkbox"/> Dr Hamel, Jean 186279            | <input type="checkbox"/> Dr Marceau, Aude 114270        | <input type="checkbox"/> Dr Thériault, Claudine 198315 |
| <input type="checkbox"/> Dr Couture, Jacques 178336         | <input type="checkbox"/> Dr Houde, Christine 86281        | <input type="checkbox"/> Dr Michaud, Amélie 115113      | <input type="checkbox"/> Dr Théroux, Xavier 104447     |
| <input type="checkbox"/> Dr De Blois, Jonathan 107429       | <input type="checkbox"/> Dr Joncas, Sébastien-X. 111221   | <input type="checkbox"/> Dr Morin, Annie 111700         | <input type="checkbox"/> Dr Tremblay, Benoit 182388    |
| <input type="checkbox"/> Dr Demeule, Éric 197211            | <input type="checkbox"/> Dr Larue-Grondin Samuel 118619   | <input type="checkbox"/> Dr Morin, Josée 101215         | <input type="checkbox"/> Dr Vandal, M-Claude 195312    |
| <input type="checkbox"/> Dr Desjardins, Laurent 02666       | <input type="checkbox"/> Dr Le Bouthillier, Pierre 184051 | <input type="checkbox"/> Dr Nadeau, Pierre-Louis 112585 | <input type="checkbox"/> Dr Vaugeois, Laurence 13775   |
| <input type="checkbox"/> Dr D-Bissonnette, Stéphanie 113755 | <input type="checkbox"/> Dr Leclerc, Francois 114466      | <input type="checkbox"/> Dr Pelletier, M-Josée 112741   | <input type="checkbox"/> Dr Vinet, Élise 109607        |
| <input type="checkbox"/> Dr Drolet, Christian 07460         | <input type="checkbox"/> Dr Lemay, Sylvain 101563         | <input type="checkbox"/> Dr Potvin, J-Michel 106437     | <input type="checkbox"/> Autre : _____                 |

#### TÉLÉCOPIER CETTE ORDONNANCE (LES 2 PAGES) À LA PHARMACIE COMMUNAUTAIRE DE L'USAGER ET À SON MÉDECIN TRAITANT

Pharmacie tél. : \_\_\_\_\_ télécopieur : \_\_\_\_\_

Copie conforme envoyée à (médecin) : \_\_\_\_\_ par (initiales) : \_\_\_\_\_

#### Transmission confidentielle par télécopieur (Règlement CMQ, norme 2008.01 OPQ)

**Avis de confidentialité :** Ce document contient des informations confidentielles. Son contenu doit être protégé. Si vous l'avez reçu par erreur, veuillez en informer l'expéditeur immédiatement. **Certification du prescripteur :** Je certifie que ce document est une ordonnance originale, le pharmacien identifié est le seul destinataire, l'original N'EST PAS UTILISÉ, il est conservé au dossier-usager du CHU de Québec – Université Laval.

DATE (de la télécopie) (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ HEURE (hh:mm) : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Médecin demandeur : Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ N° de permis : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ DATE (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ HEURE (hh:mm) : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ CC : \_\_\_\_\_

Acceptation au comité de pharmacologie :

Dossier de l'usager

D.I.C. : 3-4-4

Page 2 de 2