



Demande de consultation

Clinique d'amylose cardiaque

Consultation externe : télécopier au 613-696-7138

Téléphone : 613-696-7000 poste 17000

40, rue Ruskin, Ottawa (Ontario) K1Y 4W7

Nom _____
NOM PRÉNOM INITIALE

Homme Femme Autre Date de naissance : _____

Numéro de carte Santé : _____

Adresse _____

Code postal _____ Tél. : _____

DEGRÉ D'URGENCE

< 2 semaines < 1 mois < 3 mois < 6 mois

Médecin orienteur : _____

Date de la demande : _____

Race (selon le patient) :

Ne sait pas Préfère ne pas répondre Pas recueilli

Noire Moyen-orientale Asiatique de l'Est/du Sud-Est

Asiatique du Sud

Autochtone Blanche Latino Autre : _____

DIAGNOSTIC D'AMYLOSE

DIAGNOSTIC SOUPÇONNÉ D'AMYLOSE CARDIAQUE fondé sur (la demande ne sera acceptée que si au moins une des réponses ci-dessous est cochée)

IRM cardiaque

Scintigraphie au pyrophosphate

Mutation dans le gène de la transthyrétine

DIAGNOSTIC CONFIRMÉ D'AMYLOSE CARDIAQUE fondé sur

Électrophorèse des protéines sériques (EPS), électrophorèse des protéines urinaires (EPU) et chaînes légères libres sériques

Scintigraphie au pyrophosphate

Biopsie endomyocardique

Biopsie médullaire

Biopsie des glandes salivaires de la face interne de la lèvre

Biopsie du coussinet adipeux

Autre biopsie tissulaire : _____

Une anomalie de l'EPS, de l'EPU ou du ratio des chaînes légères libres sériques ou une amylose AL confirmée exigent une consultation urgente en hématologie.

RÉSUMÉ DES ANTÉCÉDENTS ET MOTIF DE LA DEMANDE

CONSTATATIONS CLINIQUES QUI SUGGÈRENT L'AMYLOSE

Syndrome du canal carpien

Neuropathie périphérique

Dysfonction autonome

Insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection réduite en l'absence des facteurs de risque habituels

Maladie du rein chronique

Microvoltage à l'ECG malgré l'apparence d'une hypertrophie du ventricule gauche

ÉCHO qui révèle une hypertrophie ventriculaire inexpliquée

Arythmie (préciser) : _____

Autre : _____

VEUILLEZ JOINDRE LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSOUS À VOTRE DEMANDE

OBLIGATOIRE

Lettre de consultation/note récente de la clinique

Liste des médicaments pris actuellement

Antécédents médicaux pertinents

Échocardiographie (avec imagerie de déformation)

Électrocardiographie

Formule sanguine complète, électrolytes, créatinine et tests de la fonction hépatique

NT Pro BNP/BNP et troponine

Électrophorèse des protéines sériques et électrophorèse des protéines urinaires

Chaînes légères libres sériques

FACULTATIF

IRM cardiaque

Scintigraphie au pyrophosphate

Résultats des tests génétiques

Holter

Épreuve d'effort

Angiographie coronaire

Biopsie (préciser) : _____

Autre (préciser) : _____

Signature du médecin orienteur : _____ Date (aaaa-mm-jj) : _____

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN ORIENTEUR