



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