UNIVERSITY OF OTTAWA HEART INSTITUTE
INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA

Demande de diagnostic et d'imagerie cardiaques

Rendez-vous/Renseignements/Annulations
☎ **613-696-7066** 🖷 **613-696-7098**
40 rue Ruskin, Ottawa (Ontario) K1Y 4W7
www.ottawaheart.ca

EXAMEN **DATE :** **HEURE :**

Numéro de dossier médical

PRIORITÉ : ❑ **Patient hospitalisé** – Service :
Pour tomodensitométrie et IRM : ❑ *Urgent* ❑ *Prochain jour disponible*
❑ **Patient externe** – Urgence : ❑ Moins de 2 semaines ❑ Moins d'un mois ❑ Non urgent

Nom de famille		Prénom	Nom de jeune fille	
Date de naissance (aa/mm/jj)	Sexe : M❑ F❑	Numéro d'assurance maladie	Code de la version	Date d'expiration
Adresse		Ville	Province	Code Postal

Numéro de téléphone : (Domicile) (Travail)

Recherche : ❑ Non ❑ Oui – Préciser le nom :

EXAMEN(S) DEMANDÉ(S)

ÉVALUATION DE LA STRUCTURE OU DE LA FONCTION CARDIAQUE

❑ Échocardiographie (Couleur / Doppler)
- ❑ Avec échocardiographie avec injection de microbulles

❑ Échocardiographie transesophagienne (ETE)

❑ Scintigraphie de la fonction et du volume ventriculaires (MUGA)

IRM cardiaque (Anatomie et fonction) :
→ ***Remplir la demande d'imagerie diagnostique pour les IRM***

ÉPREUVE D'EFFORT

❑ Épreuve d'effort cardiopulmonaire

❑ Épreuve d'effort sur tapis roulant
(Protocole : _____)

Nucléaire TEMP/TEP à l'effort Perfusion et fonction myocardiques :

❑ Exercise TEMP
❑ Persantine TEMP
❑ Persantine TEP
} ❑ TEMP **OU** TEP (premier disponible)
❑ Dobutamine TEP

Échocardiographie à l'effort :

❑ Exercise échographie à l'effort
❑ Dobutamine échographie à l'effort

TOMODENSITOMÉTRIE CARDIAQUE / ANGIOGRAPHIE NON-INVASIVE

❑ Coronarographie tomographique
❑ Score calcique coronarien
❑ Examen des veines pulmonaires et de l'oreillette gauche
❑ Autre :

SURVEILLANCE

❑ ECG ambulatoire (Holter)
❑ ECG ambulatoire (14 jours-patients externes seulement)

VIABILITÉ / CHARACTÉRISATION DES TISSUS

TEP cardiaque (Viabilité, sarcoldose, autre) :
→ ***Remplir une demande séparée de TEP au FDG***

IRM cardiaque (Viabilité, cardiomyopathie, autre) :
→ ***Remplir la demande d'imagerie diagnostique pour les IRM***

AUTRE

❑ Doppler carotidien ❑ Doppler fémoral
❑

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

MOTIF DE LA DEMANDE : * Champs obligatoires pour Nucléaire et TEP

* Taille : _____ cm
* Poids : _____ kg

Stimulateur cardiaque implanté? ❑ Oui ❑ Non
Défribrillateur? ❑ Oui ❑ Non
Rendez-vous le : _____

❑ AVC / AIT ❑ Dyspnée
❑ Palpitations ❑ Arhythmie ❑ Syncope
❑ Antécédents d'IM ❑ Douleurs à la poitrine
❑ Souffle / Valvulopathie
❑ ICP / Pontage aortocoronarien
❑ Trouble de la fonction cardiaque / Insuffisance

Apnée du sommeil? ❑ Oui ❑ Non
- Si oui, utilise CPAP? ❑ Oui ❑ Non
Diabète? ❑ Oui ❑ Non
Metformine? ❑ Oui ❑ Non

Pour Tomodensitométrie : Concentration sérique de créatinine : ____ Date : _____
À risque de défaillance cardiaque? ❑ Oui ❑ Non Si oui, retenir le lasix? ❑ Oui ❑ Non

ALLERGIES :

MÉDICAMENTS : Établir la liste des médicaments.

Nom du résident (lettres moulées)

Nom du médecin (lettres moulées)

Signature du médecin

Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur

Nº de facturation

Copie à	Médecin de famille
	Autre médecin

RÉSERVÉ AU BUREAU

Protocole/code de l'intervention

English on reverse