



Nos programmes de prévention visent à réduire le risque cardiovasculaire chez les personnes n'ayant aucun antécédent de maladie cardiaque ou vasculaire cérébrale.

TOUS LES CHAMPS SONT OBLIGATOIRES

PATIENT OU PATIENTE

Nom _____	Prénom _____	Tampon :
D.D.N. (AAAA/MM/JJ) _____	Téléphone _____	
Adresse _____	Ville _____	
Province _____	Code postal _____	
N° carte Santé _____	Date d'exp. _____	
Sexe _____	Autochtone <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

MOTIF DE LA DEMANDE

Consultation sur la gestion des facteurs de risque Consultation sur la gestion des facteurs de risque (**postnatal**)

CRITÈRES D'EXCLUSION

Si vous répondez « oui » à l'une des questions suivantes, la personne n'est pas admissible au programme.

Diagnostic cardiovasculaire établi? (maladie cardiaque ou valvulaire, infarctus, chirurgie cardiaque, endoprothèse)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Antécédents de mini-AVC (AIT) ou d'AVC, d'anévrisme cérébral ou de maladie vasculaire cérébrale?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Anévrisme de l'aorte thoracique?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

LANGUE DE SERVICE SOUHAITÉE

Anglais Français Autre : _____ Interprète requis :

PROGRAMME POSTNATAL SEULEMENT

Date prévue de l'accouchement (AAAA/MM/JJ) _____ Enceinte

Quelles affections? Prééclampsie/éclampsie Syndrome HELLP Diabète gestationnel Hypertension gestationnelle

INDICATIONS CLINIQUES – Tous les champs sont obligatoires

Tension artérielle _____ / _____ mmHg	<input type="checkbox"/> Liste de médicaments ci-jointe
Hypertension? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Diabète? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Cholestérol élevé (dyslipidémie)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Maladies du cœur précoces dans la famille? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Surpoids/obésité? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Fumeur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Cessé dans les 6 derniers mois <input type="checkbox"/> Non/jamais fumé <input type="checkbox"/> Cessé depuis plus de 6 mois

ANALYSES SANGUINES RÉCENTES (6 DERNIERS MOIS) – Tous les champs sont obligatoires

Résultats ci-joints

Cholestérol total _____ mmol/L	Triglycérides _____ mmol/L
C-LDL _____ mmol/L	Glycémie à jeun _____ mmol/L
C-HDL _____ mmol/L	HbA1C _____ %
CT/C-HDL _____	

DÉFIS PARTICULIERS

Déficience cognitive Problèmes développementaux Pas de M.D. ou I.P. Littératie

Problèmes de mobilité Consommation d'alcool/drogues Sans-abri ou logement marginal Troubles de santé mentale

CAPABLE DE PARTICIPER À DES SÉANCES DE GROUPE?

Oui Non

COMMENTAIRES/INSTRUCTIONS PARTICULIÈRES :

FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ ORIENTEUR (ou tampon)

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Télécopieur : _____

Signature : _____



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

PREVENTION & WELLNESS CENTRE
CENTRE DE LA PRÉVENTION
ET DU MIEUX-ÊTRE

Programme CardioPrévention : Demande de consultation

FAXER AU 613-696-7125 • TÉL. : [613-696-7071](tel:613-696-7071)