



**ORIENTATION DU PATIENT  
POST-HOSPITALISATION/POST-VISITE URGENCE**

DATE DE CONGÉ : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(AAAA) (MM) (JJ)

**ORIENTATION ICM**

MÉDECIN : \_\_\_\_\_

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cardiologie générale  | <input type="checkbox"/> Chirurgie           | <input type="checkbox"/> Cardiopathies congénitales (CCCA) | <input type="checkbox"/> Arythmie                   |
| <input type="checkbox"/> Cardiomyopathie infiltrative (CMPI)   | <input type="checkbox"/> Chirurgie - Aorte   | <input type="checkbox"/> Génétique                         | <input type="checkbox"/> ESV-TV                     |
| <input type="checkbox"/> Cardiopsychiatrie   | <input type="checkbox"/> Diabète             | <input type="checkbox"/> TVT (1 <sup>re</sup> référence)   | <input type="checkbox"/> Fibrillation auriculaire   |
| <input type="checkbox"/> CLAC  | <input type="checkbox"/> Douleurs chroniques | <input type="checkbox"/> Transplantation/DAV               | <input type="checkbox"/> Pacemakers/Défibrillateurs |
| <input type="checkbox"/> Médecine interne  |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Nouveaux cas : Compléter et joindre la demande de consultation.   |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> CLIC : Compléter et joindre le formulaire approprié.  |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Relance (IPSSA) : Compléter et joindre le formulaire approprié.   |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> TVT (post-procédure) : Envoyer un courriel à la clinique ( <a href="mailto:TVT-Secretaire@icm-mhi.org">TVT-Secretaire@icm-mhi.org</a> ) et à la CRV ( <a href="mailto:crvclinique@icm-mhi.org">crvclinique@icm-mhi.org</a> ), à l'exception des patients suivis à Trois-Rivières. |  |  |   |

\*ATTENTION : Toute référence à l'extérieur de l'ICM (autres CH, médecins de famille, médecins spécialistes autres CH, etc.) doit être acheminée directement par l'unité de départ.

**TYPE DE RENDEZ-VOUS**

- Rendez-vous en personne  
 Rendez-vous téléphonique  
 Rendez-vous téléconsultation (consultation virtuelle)

**PRIORITÉ DE RENDEZ-VOUS**

- B. 10 jours       D. 3 mois       ou date cible : \_\_\_\_\_  
 C. 28 jours       D1. 6 mois

**IMAGERIE MÉDICALE**

La demande d'examen doit être accompagnée d'une requête sur laquelle est indiquée la date cible.

- |   |  |   |                                     |
|---|--|---|-------------------------------------|
| <b>ÉLECTROCARDIOGRAPHIE</b>               | <b>RADIOLOGIE</b>                                  | <b>MÉDECINE NUCLÉAIRE</b>                             | <b>ÉCHOGRAPHIE CARDIAQUE</b>        |
| <input type="checkbox"/> Épreuve d'effort | <input type="checkbox"/> Doppler                   | <input type="checkbox"/> MIBI Persantin               | <input type="checkbox"/> ETT        |
| <input type="checkbox"/> Holter           | <input type="checkbox"/> Échographie non cardiaque | <input type="checkbox"/> MIBI effort                  | <input type="checkbox"/> ETO        |
| <input type="checkbox"/> Cardiomémo       | <input type="checkbox"/> IRM cardiaque             | <input type="checkbox"/> TEP                          | <input type="checkbox"/> ETT stress |
| <input type="checkbox"/> ECG/ECG Brugada  | <input type="checkbox"/> IRM autre                 | <input type="checkbox"/> TEP rubidium                 |                                     |
| <input type="checkbox"/> King of Hearts   | <input type="checkbox"/> Rayon-X                   | <input type="checkbox"/> Ventriculographie isotopique |                                     |
| <input type="checkbox"/> Monitoring TA    | <input type="checkbox"/> Scan                      |   |                                     |

**URGENCE** : Retour à l'urgence post-examen      Priorité d'examen : \_\_\_\_\_

**Laboratoires** : Toute demande doit être accompagnée d'une copie de la requête de laboratoire complétée. \*L'original (feuille rose) est à remettre au patient au congé.

**DEMANDE ÉLECTIVE (SGAS)**

La demande doit être acheminée directement au service concerné.

- Électrophysiologie (EPS)       Hémodynamie       Chirurgie

**COMMENTAIRES**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nom du médecin de famille : \_\_\_\_\_  Copie au médecin de famille

\*À conserver à l'unité de soins/urgence dans la pochette prévue à cet effet. Le centre ambulatoire récupérera les formulaires quotidiennement, lors des jours ouvrables.

SIGNATURE AGENT ADMINISTRATIF : \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_