



EST10006

N° Dossier : _____ Date de naissance : _____ Sexe : _____

Nom, Prénom : _____

Nom de la mère : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

NAM : _____

Expiration : _____

RÉFÉRENCE À L'ACCUEIL CLINIQUE HMR SUSPICION DE FIBRILLATION AURICULAIRE DE NOVO DE PLUS DE 48 HEURES

À compléter par le médecin requérant ou l'infirmière praticienne spécialisée (IPS)

Critères d'inclusion : - Répondre aux critères d'admissibilité de l'accueil clinique - Suspicion de FA de novo de plus de 48 heures	Score CHADS 2 (risque embolique) : C Insuff. cardiaque 1 point H HTA 1 point A Âge 75 ans et plus 1 point D Diabète 1 point S2 ATCD ICT / AVC 2 points Total : _____	Score HAS-BLED (risque hémorragique) : HTA 1 point Ins. Rénale 1 point Ins. Hépatique 1 point ATCD AVC 1 point ATCD de saignement 1 point RNI labile 1 point Âge 65 ans et plus 1 point Abus d'alcool 1 point Abus de drogues 1 point Total : _____
	Interprétation du score selon risque AVC/an : 0 pts : 1,9 % 3 pts : 18,2 % 1 pt : 2,8 % 4 pts : 5,9 % 2 pts : 4 % 5 pts : 8,5 % 6 pts : 12,5 %	

Si score de plus de 3 points :
3,74 % risque hémorragique/an (haut risque)

Critères d'exclusion (diriger à l'urgence) :

- | | | |
|--|---------------------------|--|
| - État clinique jugé trop instable pour une prise en charge en 72h | - TAS à 90 mm Hg et moins | - Angine au repos |
| - FA de moins de 48 heures | - Syncope ou lipothymie | - ATCD d'embolie artérielle ou AVC/ICT |
| - FC de 140/minute et plus | - Dyspnée au repos | - Porteur d'une prothèse valvulaire métallique |

Renseignements cliniques :

Identification du médecin requérant ou de l'infirmière praticienne spécialisée (IPS)

Nom et prénom du md / IPS (lettres moulées) : _____

permis obligatoire : _____ Clinique : _____

No de téléphone pour les prochaines 24 heures : _____

No de télécopieur : _____

 J'ai remis une ordonnance au patient (facultatif) (Réf : Guide de prescription sur le site web)

 J'accepte que les procédures diagnostiques incluses dans l'ordonnance individuelle préformatée (OIP-CEMTL-00029) soient appliquées.

Signature du médecin / IPS : _____ Date et heure : _____

 Md / IPS qui accepte de faire le suivi de l'épisode de soins (SI DIFFÉRENT) : _____ (aa/mm/jj)

Nom et prénom du Md / IPS (lettres moulées) : _____

Joignable pour les prochaines 24 heures au : _____

**VEUILLEZ TELECOPIER CE FORMULAIRE AU 514 252-3845
Pour joindre l'Accueil clinique, composez le : 514 252-3400, poste 5821**