



SM02459

RÉFÉRENCE

CLINIQUE D'INSUFFISANCE CARDIAQUE (CLIC)

SVP compléter la demande et la faxer au 514-362-2840

- Critères (initiales) : Intérêt du patient pour suivi régulier
 Être en mesure de venir à ses rendez-vous
 Compliance au traitement (médicaments et restrictions hydro-sodées)
 Si trouble cognitif ou barrière linguistique, être en mesure de venir accompagné
 Si SDF, avoir # de téléphone valide (patient, intervenant ou autre)
 Si trouble psychiatrique, s'assurer qu'ils sont stables (PRN, venir accompagné)

- Délai : Urgent (< 2-4 semaines)
 Semi-urgent (< 6-8 semaines)
 Non-urgent (< 3 mois)
NB : SVP noter qu'aucun délai ne peut être garanti

Cardiologue : Précisez le nom du cardiologue traitant à HND : _____
NB : Si le patient a déjà un cardiologue autre qu'à HND, retourner le patient à celui-ci

- Raison : Nouveau diagnostic d'IC
 Aucune amélioration au traitement actuel
 Détérioration/Aggravation des symptômes
 Visite à l'urgence / Hospitalisation fréquente pour IC décompensée
 Autre _____

Si disponible : FEVG : _____ NYHA (adm) : _____ NYHA (congé) : _____
NT-proBNB (adm) : _____ NT-proBNB (congé) : _____ Poids (congé) : _____

Renseignements cliniques : (S.V.P. écrire lisiblement)

Médecin Référent : (S.V.P. écrire lisiblement)

Nom : _____

No pratique : 1 - _____

CC/MdF : _____

Signature : _____

Date (aaaa-mm-jj) : _____ - _____ - _____