



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC
UNIVERSITÉ LAVAL

DEMANDE DE CONSULTATION IMPLANTATION VALVE AORTIQUE PERCUTANÉE PAR CATHÉTER (TAVI)

Provenance de l'usager : ☐ Domicile ☐ Transfert (hospitalisé au CH référant) _____
☐ Hospitalisé - interne et unité de soins : _____ ☐ Transfert en externe

Lors d'un transfert, personne à contacter dans l'établissement référant

Lieu de résidence : ☐ maison ☐ résidence privée ☐ CHSLD

Cardiologue : _____ Médecin de famille : _____

MOTIF DE LA DEMANDE ET DONNÉES COMPLÉMENTAIRES

OBLIGATOIRES

EXAMENS À TRANSMETTRE (si au dossier)

☐ Lettre de référence ☐ Résumé d'hospitalisation
(si hospitalisé)

☐ Coronarographie (rapport/examen) ☐ ETO

☐ Consultations de spécialistes

☐ Doppler carotides (plus petit ou égale à 1 an)

☐ Protocole opératoire si chx cardiaque extérieur IUCPQ-UL

☐ Médecine dentaire (si hospitalisé)

☐ ECG

☐ Écho-cardiaque (plus petit ou égale à 3 mois)

☐ Si l'usager a **80 ans et plus** ou si **indication**, **procéder au dépistage cognitif et de la fragilité** (formulaire IUCPQ-UL).

Si le résultat du dépistage est supérieur ou égal à 3 sur 5, une consultation en gériatrie doit être réalisée.

* Envoyer tous les documents à la Clinique TAVI IUCPQ-UL (**418-656-4629**)

Votre demande sera traitée seulement lors de la réception des formulaires requis

Veillez inscrire votre numéro pour vous rejoindre :

Nom du prescripteur : _____

En lettres moulées

N° de permis : _____

Signature médicale (ou autorisée) : _____ Date : _____

Année Mois Jour Heure