



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

Provenance de l'usager : Domicile Transfert (hospitalisé au CH référent) _____

Hospitalisé - interne et unité de soins : _____ Transfert en externe

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

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)
<input type="checkbox"/> Lettre de référence <input type="checkbox"/> Résumé d'hospitalisation (si hospitalisé)	<input type="checkbox"/> Coronarographie (rapport/examen) <input type="checkbox"/> ETO
<input type="checkbox"/> Consultations de spécialistes	<input type="checkbox"/> Doppler carotides (plus petit ou égale à 1 an)
<input type="checkbox"/> Protocole opératoire si chx cardiaque extérieur IUCPQ-UL	<input type="checkbox"/> Médecine dentaire (si hospitalisé)
<input type="checkbox"/> ECG	
<input type="checkbox"/> 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

Veulliez inscrire votre numéro pour vous rejoindre :

Nom du prescripteur : _____

En lettres moulées

N° de permis : _____

Année Mois Jour Heure

Signature médicale (ou autorisée) : _____

Date : _____