



DEMANDE DE CONSULTATION CLINIQUE DES MALADIES DE L'AORTE THORACIQUE (CMAT)

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Référent : _____

Cardiologue : _____ Médecin de famille : _____

☐ Découverte fortuite sans médecin traitant

CRITÈRES DE RÉFÉRENCE

- ☐ Anévrisme de l'aorte ascendante plus grand ou égal 4 cm
- ☐ Anévrisme de l'aorte descendante plus grand ou égal à 4.5 cm
- ☐ Ulcère pénétrant (UP)
- ☐ Maladie du collagène
- ☐ Autre : _____

****Anévrisme de l'aorte abdominale : Référéz-vous au centre spécialisé en chirurgie vasculaire de votre région**

PRIORITÉS

Anévrisme de l'aorte ascendante

- ☐ **A** : 5.5 cm et plus (moins d'une semaine)
- Contacter l'infirmière CMAT (voir coordonnées au bas de la page)
- ☐ **B** : 5 à 5.5 cm (moins d'un mois)
- ☐ **C** : 4 à 5 cm (moins de 3 mois)

Anévrisme de l'aorte descendante

- ☐ **A** : 6 cm et plus (moins d'une semaine)
- Contacter l'infirmière (voir coordonnées au bas de la page)
- ☐ **B** : 5,5 à 6 cm (moins d'un mois)
- ☐ **C** : 4,5 à 5,5 cm (moins de 3 mois)

EXAMEN À TRANSMETTRE

☐ TDM Thoracique (réalisé moins d'un an) avec contraste selon fonction rénale **Obligatoire**

☐ Échographie cardiaque **Obligatoire**
* Si seul examen pour le diagnostic, prévoir TDM thoracique)

☐ MAPA (si réalisé moins de 6 mois)

DATE ET LIEUX

Date : _____ Lieu : _____

Date : _____ Lieu : _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

- ☐ Chirurgie cardiaque / aorte / vasculaire : _____
- ☐ Antécédent familiaux de maladies de l'aorte (anévrisme ou dissection) : _____
- ☐ Niveau d'activité (ex. : sportif, travail physique) : _____
- ☐ Données complémentaires : _____

*** Envoyer tous les documents à la Clinique des maladies de l'aorte thoracique de IUCPQ-UL**
Tel: 418-656-8711 poste 5612 Fax: 418-656-4833 Courriel : iucpq.cmat@ssss.gouv.qc.ca

Nom du prescripteur : _____
En lettres moulées

N° de permis : _____
Année Mois Jour Heure

Signature médicale (ou autorisée) : _____ Date : _____