



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

PRIORITÉS

- 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 : Référez-vous au centre spécialisé en chirurgie vasculaire de votre région

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

DATE ET LIEUX

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

Date : _____ Lieu : _____

- Échographie cardiaque **Obligatoire**

* Si seul examen pour le diagnostic, prévoir TDM thoracique)

Date : _____ Lieu : _____

- MAPA (si réalisé moins de 6 mois)

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 : _____

N° de permis : _____

En lettres moulées

Année Mois Jour Heure

Signature médicale (ou autorisée) : _____

Date : _____