INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC
UNIVERSITÉ LAVAL

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 : Référez-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 : _____
Demande faite : _____

Date : _____ Lieu : _____
Demande faite : _____

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

Signature médicale (ou autorisée) : _____ **Date :** Année | Mois | Jour | Heure : :