



N° dossier : (si dossier existant)	
N° RAMQ	
Nom	
Prénom	
N° tél. principal	
N° tél. secondaire	

PROGRAMME ACCUEIL CLINIQUE

Demande de rendez-vous

N° de téléphone :	450 473-6811 poste 4104
N° de télécopieur :	450 473-9959

Condition clinique subaiguë

Protocole : <u>CA-2</u>	Fibrillation ou flutter auriculaire de novo de plus de 48 heures ou de date indéterminée
Critères d'exclusion :	Pulsation plus grande ou égale à 120/min Si FA inférieur à 48 heures Orthopnée Augmentation des symptômes : <ul style="list-style-type: none"> • Essoufflement • Fatigue • Palpitations • DRS
Renseignements cliniques :	
.....	
<i>J'ai remis la prescription médicale (si nécessaire) à l'usager</i> <input type="checkbox"/>	
(S'assurer que l'usager est sous AAS 80 mg ou 325 mg die ad consultation avec le cardiologue)	

- ✓ Signature du médecin :
- ✓ Numéro de pratique :
- ✓ Date et heure :
- ✓ Coordonnées de la clinique du médecin requérant :
- ✓ Numéro de télécopieur de la clinique du médecin requérant :



- ✓ SI L'USAGER PROVIENT DE L'URGENCE ou d'une CLINIQUE SANS RENDEZ-VOUS :
Nom du médecin de famille de l'usager et nom de la clinique :