

## DEMANDE DE CONSULTATION

Cœur en santé – Programme de réadaptation cardiaque et de prévention primaire

Vitalité      Zone :  1B    4    5    6    Établissement : \_\_\_\_\_

CEPS, Université de Moncton       Centre J.K. Irving

### **Veillez inclure les documents suivants avec la demande :**

- |   |   |
|---|---|
| - tests de laboratoire (profil lipidique, glycémie, etc.);  | - lettres de demande de consultation;       |
| - épreuve d'effort, échocardiographie et MIBI;              | - résumé du congé de l'hôpital;             |
| - rapport d'angiographie, d'angioplastie, de pontage, etc.; | - toute autre information jugée pertinente. |

### **Raison(s) de la demande de consultation (Veillez sélectionner toutes les raisons applicables.)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Prévention primaire *<br><b>Encerclez :</b> Dépression / Stress – Obésité<br>Insuffisance rénale – Histoire familiale – Dyslipidémie<br>Intolérance au glucose – Tabagisme – Hypertension | <input type="checkbox"/> Maladie congénitale                                |
| <input type="checkbox"/> Diabète   | <input type="checkbox"/> Angioplastie                                       |
| <input type="checkbox"/> Angine instable   | <input type="checkbox"/> Pontage aortocoronarien                            |
| <input type="checkbox"/> Syndrome coronarien aigu  | <input type="checkbox"/> Valvulopathie / Valvuloplastie                     |
| <input type="checkbox"/> Infarctus du myocarde   | <input type="checkbox"/> Arythmie   |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque non ischémique   | <input type="checkbox"/> Stimulateur cardiaque / Défibrillateur implantable |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque ischémique   | <input type="checkbox"/> Transplantation cardiaque                          |
| <input type="checkbox"/> Cardiomyopathie   | <input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral                       |
|  | <input type="checkbox"/> Maladie vasculaire périphérique                    |
|  | <input type="checkbox"/> Autre : _____                                      |

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_



CEPS Louis-J.-Robichaud, local 136  
18, avenue Antonine Maillet  
Université de Moncton  
Moncton (N.-B.) E1A 3E9  
Téléphone : 506-858-3779  
Télec. : 506-858-3780

Centre J.K. Irving, local 202  
30, Rue Évangéline  
Boucrouche (N.-B.) E4S 3E4  
Téléphone : 506-743-7354  
Télec. 506-743-2101



**REQUEST FOR CONSULTATION**

Cardiac Wellness – Cardiac Rehabilitation and Primary Prevention Program

Vitalité      Zone:  1B    4    5    6   Facility : \_\_\_\_\_

CEPS, Université de Moncton

J.K. Irving Centre

**Please include the following documents with your request:**

- Lab reports (lipid profile, glycemia, etc.)
- Stress test, echocardiography and MIBI
- Cardiac report (angiography, PTCA, CABG, etc.)
- Consultation letters
- Discharge summary
- And any other relevant information

**Reason(s) for referral (please select all that apply):**

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Primary prevention*<br/> <b>Circle:</b> Depression/Stress – Obesity<br/>                     Renal failure – Family history – Dyslipidemia<br/>                     Glucose intolerance – Smoking - Hypertension</li> <li><input type="checkbox"/> Diabetes</li> <li><input type="checkbox"/> Unstable angina</li> <li><input type="checkbox"/> Acute coronary syndrome</li> <li><input type="checkbox"/> Myocardial infarction</li> <li><input type="checkbox"/> Non-ischemic heart failure</li> <li><input type="checkbox"/> Ischemic heart failure</li> <li><input type="checkbox"/> Cardiomyopathy</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Congenital heart disease</li> <li><input type="checkbox"/> Angioplasty</li> <li><input type="checkbox"/> Coronary bypass</li> <li><input type="checkbox"/> Valvular heart disease/Valvuloplasty</li> <li><input type="checkbox"/> Arrhythmia</li> <li><input type="checkbox"/> Implanted device/Pacemaker/ICD</li> <li><input type="checkbox"/> Cardiac transplant</li> <li><input type="checkbox"/> Stroke</li> <li><input type="checkbox"/> Peripheral vascular disease</li> <li><input type="checkbox"/> Other: _____</li> </ul> |
|---|---|

Name of attending physician: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



CEPS Louis-J.-Robichaud, Room 136  
 18 Antonine Maillet Avenue  
 Université de Moncton  
 Moncton NB E1A 3E9  
 Telephone : 506-858-3779  
 Fax : 506-858-3780

J.K. Irving Centre, Room 202  
 30 Évangéline Street  
 Bouctouche NB E4S 3E4  
 Telephone : 506-743-7354  
 Fax 506-743-2101