

**LISTE DE VÉRIFICATION INITIALE DE CONSULTATION EN CARDIOLOGIE**

Date :

Nombre de pages,  
y compris le  
bordereau :

Destinataire :

**Réseau de soins  
aux patients  
traités par AA-  
CLOZAPINE**

**Tél. : 1-877- 276-2569**

**Télécopieur : 1-866-836-6778**

Tél. :

Courriel :

aaspirer@aapharma.ca

Télécopieur :

Site Web :

www.aaspirer.ca

NIP du patient :

Date de naissance :

Âge :

Sexe :

Numéro d'assurance-maladie :

Nom du médecin :

Téléphone :

Télécopieur :

Adresse courriel :

(Requis par le cardiologue pour contacter le médecin)

**Veillez fournir les renseignements suivants pour l'évaluation initiale :**

**Antécédents médicaux pertinents :**

Facteurs de risque cardiovasculaire (**veillez encercler tous les éléments ci-dessous qui sont pertinents pour le patient**)

- Hypertension artérielle
- Diabète
- Dyslipidémie
- Tabagisme

- Antécédents familiaux de cardiopathie ischémique précoce
- Obésité
- Maladie auto-immune (p. ex. polyarthrite rhumatoïde, lupus)
- Antécédents d'hypertension artérielle gravidique ou de diabète gestationnel

Coronaropathie

- **Si Oui**, veuillez fournir les détails pertinents concernant les examens médicaux et les interventions thérapeutiques pertinentes (p. ex. les dates et les résultats des plus récents d'épreuve à l'effort, d'imagerie de perfusion myocardique, d'échocardiogramme à l'effort, d'angiographie, d'intervention coronarienne percutanée [ICP] ou de pontage aortocoronarien).

**Remarques :**

---

---

---

Anomalie cardiaque structurelle :

- Antécédents de myocardite, d'insuffisance cardiaque, de cardiopathie valvulaire, de cardiopathie congénitale
- **Si Oui**, veuillez fournir les détails pertinents concernant toute intervention ou chirurgie correctrice (réparation ou remplacement de valvule cardiaque) ou tout examen récent, dont l'évaluation de la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) par échocardiogramme, IRM cardiaque ou étude quantitative des mouvements des parois cardiaques.

**Remarques :**

---

---

---

Atteinte péricardique

- Péricardite, myopericardite, épanchement péricardique, péricardite constrictive
- **Si Oui**, veuillez fournir les détails pertinents concernant les examens et el traitement

**Remarques :**

---

---

---

Trouble du rythme cardiaque :

- Tout cas d'arythmie, fibrillation auriculaire, de flutter auriculaire, de tachycardie supraventriculaire, de tachycardie ventriculaire, de mort cardiaque subite, d'allongement de l'intervalle QT, de stimulateur cardiaque ou de défibrillateur automatique implantable.
- **Si Oui**, veuillez fournir les détails pertinents concernant les examens et le traitement.

**Remarques :**

---

---

---

Thrombose, thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire

- **Si Oui**, veuillez fournir les détails pertinents concernant les examens et le traitement.

**Remarques :**

---

---

---

Exposition à l'éthanol, consommation de drogues illicites

**Remarques :**

---

---

---

Autres antécédents médicaux significatifs

**Remarques :**

---

---

---

**Médicaments pris actuellement et historique du traitement par la clozapine :**

Historique du traitement par la clozapine

**Remarques :**

---

---

---

Autres médicaments pris actuellement

**Remarques :**

---

---

---

Allergies à des médicaments

**Remarques :**

---

---

---

**Symptômes actuels et examens effectués jusqu'à maintenant :**

Symptômes actuellement présents :

- Douleur thoracique, dyspnée, palpitations, présyncope, syncope, fatigue, malaise, œdème, fièvre, éruption cutanée.

**Remarques :**

---

---

---

Signes vitaux - fréquence cardiaque/tension artérielle/température/saturation en oxygène (si disponible)/indice de masse corporelle ou taille et poids.

**Remarques :**

---

---

---

Analyse de sang - Traitement administré au préalable (si disponible) et courant - formule sanguine et formule leucocytaire, vitesse de sédimentation ou protéine C-réactive, troponine, peptide B-natriurétique, HbA<sub>1c</sub>, lipides.

**Remarques :**

---

---

---

ECG à 12 dérivations (traitement préalable et courant si disponible)

**Remarques :**

---

---

---

Radiographie thoracique (postéro-antérieure et latéro-antérieure).

**Remarques :**

---

---

---

Échocardiogramme transthoracique (traitement préalable et courant si disponible)

**Remarques :**

---

---

---



**RÉSEAU DE SOINS AUX PATIENTS TRAITÉS PAR AA-CLOZAPINE**

**Remarques additionnelles :**

---

---

---

---

---

---

---

Veillez acheminer le formulaire dûment rempli et les renseignements pertinents, ainsi que le présent bordereau, par télécopieur au **1-866-836-6778**.

Nous vous remercions de votre aide. Pour toute question ou pour obtenir de l'aide, n'hésitez pas à communiquer avec nous au **1-877-276-2569**. Nous nous ferons un plaisir de vous aider.