

**ACCUEIL CLINIQUE**  
**Dépistage de la fibrillation auriculaire**

Nom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Dossier : \_\_\_\_\_

**Vous pouvez communiquer avec l'infirmière de l'Accueil Clinique du lundi au vendredi de 8h à 16 h**  
**Téléphone : 418-338-7777, poste 57763      Télécopieur : 418-338-7762**

Renseignements cliniques : \_\_\_\_\_

ATDC pertinents : \_\_\_\_\_

Allergies : \_\_\_\_\_

Anticoagulant prescrit :  Oui  Non Lequel : \_\_\_\_\_

**ORDONNANCE MÉDICALE**

Aviser l'usager de débuter/continuer la prise de l'anticoagulant prescrit jusqu'à la consultation en médecine interne  
→ Si ECG sans FA, cesser le médicament.

**1. PRÉLÈVEMENTS SANGUINS :**

Hb, Ht, ions, créatinine, RNI, TCA, TSH, glycémie au hasard

**2. ÉPREUVES DIAGNOSTIQUES**

ECG : Faire lire immédiatement par interniste MDJ, délai ≤ 24 heures

- Si rythme sinusal ou anomalie modérée à l'ECG → retour au médecin traitant
- Si présence de fibrillation auriculaire sur l'ECG → usager référé selon évaluation de l'interniste (MDJ)
- Si anomalie urgente à l'ECG → transférer l'usager à l'urgence

RX pulmonaire

Holter : délai ≤ 1 mois

- À faire seulement si **absence** de fibrillation auriculaire à l'ECG

Échographie cardiaque transthoracique : délai ≤ 2 semaines ouvrables

- À faire seulement si **présence** de fibrillation auriculaire à l'ECG

Signature du médecin : \_\_\_\_\_ # de permis : \_\_\_\_\_

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

Médecin qui accepte de faire le suivi de l'épisode (si différent) : \_\_\_\_\_

Coordonnées : \_\_\_\_\_