

FORMULAIRE D'AIGUILLAGE VERS LA TRANSPLANTATION CARDIAQUE CHEZ L'ADULTE

Critères d'aiguillage pour la transplantation cardiaque

- 1) **Insuffisance cardiaque avancée** : L'aiguillage relatif à la transplantation cardiaque devrait être envisagé chez les patients qui sont atteints d'insuffisance cardiaque avancée et chez qui le traitement médical et chirurgical optimal (le cas échéant) demeure sans effet. Ces patients présentent habituellement au moins l'un des états sous-jacents suivants :
 - Insuffisance cardiaque avancée de toute origine – AHA stade D;
 - Dysfonctionnement cardiaque important avec symptômes marqués de dyspnée, de fatigue, d'hypoperfusion des organes cibles au repos ou lors d'un effort minimal en dépit d'un traitement médical et/ou chirurgical optimal;
 - Symptômes réfractaires exigeant des interventions spécialisées pour gérer les symptômes ou prolonger la vie.
- 2) **Chances de survie** : L'aiguillage relatif à la transplantation cardiaque devrait être envisagé chez les patients qui ont peu de chances de survivre sans greffe.
- 3) **Qualité de vie** : L'aiguillage relatif à la transplantation cardiaque devrait être envisagé chez les patients dont la qualité de vie serait inacceptable sans une telle transplantation.
- 4) **Arythmie** : L'aiguillage relatif à la transplantation cardiaque devrait être envisagé chez les patients qui sont atteints d'arythmie réfractaire potentiellement mortelle en dépit d'une médication, d'un traitement chirurgical et de dispositifs optimaux.
- 5) **Maladie du cœur** : L'aiguillage relatif à la transplantation cardiaque devrait être envisagé chez les patients atteints de cardiopathies congénitales complexes lorsque la chirurgie palliative a échoué ou que les risques liés à la chirurgie palliative ne sont pas acceptables.
- 6) **Angine** : L'aiguillage relatif à la transplantation cardiaque devrait être envisagé chez les patients atteints d'une angine réfractaire ne se prêtant pas à une revascularisation plus avancée.

**Pour aiguiller un candidat vers une transplantation cardiaque, veuillez remplir le présent formulaire et y joindre tous les documents pertinents.
Veuillez préciser si le patient doit faire l'objet d'une évaluation URGENTE ou STANDARD.**

Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli et tous les documents pertinents au centre de transplantation désigné dont l'adresse figure ci-dessous :

Hôpital Toronto General
Clinique de fonction cardiaque
Édifice Norman Urquhart, 5^e étage
585, avenue University
Toronto (Ontario) M5G 2N2
Télécopieur : 416 340-4134

London Health Sciences Centre
Programme de transplantation multiviscérale
339 Windermere Road
London (Ontario) N6A 5A5
Télécopieur : 519 663-3858

Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa
Programme de transplantation cardiaque
40, rue Ruskin
Ottawa (Ontario) K1Y 4W7
Télécopieur : 613 761-4327

Une fois rempli, le présent formulaire réduira le temps nécessaire à la recherche d'information sur votre patient et à l'étude subséquente d'une transplantation possible. Merci de bien vouloir fournir les renseignements demandés.

FORMULAIRE D'AIGUILLAGE VERS LA TRANSPLANTATION CARDIAQUE CHEZ L'ADULTE

Type d'aiguillage : URGENT STANDARD
Médecin traitant : _____ Numéro : _____
Centre d'aiguillage : _____ Code postal : _____
Formulaire d'aiguillage transmis à : _____ Date de transmission : _____ Date de réception : _____

DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES SUR LE PATIENT

Nom du patient : _____ Numéro de carte Santé : _____
Date de naissance : _____ Sexe : Masculin Féminin Inconnu
N° et rue/Ville : _____ Code postal : _____
Langue parlée : _____

DONNÉES SUR LA SANTÉ CARDIAQUE DU PATIENT

ABO du patient (joindre le rapport) : _____ Taille : _____ Poids : _____
Diagnostic : _____ Nouvel aiguillage? Oui Non (retransplantation)

Caractéristiques de base :

FE ____ % / grade ____ Stade NYHA : 1 2 3 4
PS : _____ QRS > 120 ms : Oui Non
Dispositifs : Oui Non Stimulateur biventriculaire : Oui Non
Défibrillateur automatique implantable (DAI) biventriculaire : Oui Non DAI : Oui Non

Données de laboratoire :

Hb : _____ Acide urique : _____ Sodium : _____
% lymphocytes : _____ Cholestérol total : _____ Créatinine : _____
NT-proBNP (facultatif) : _____

Médicaments :

Lasix ____mg (od bid tid) Métoprolol ____mg (od bid)
HCTZ ____mg od
Inhibiteur ECA : Oui Non Bêta-bloquant : Oui Non
BRA : Oui Non Allopurinol : Oui Non
Statine : Oui Non Antagoniste de l'aldostérone : Oui Non

RÉSULTATS DE LABORATOIRE

Veillez joindre des copies des rapports suivants, LE CAS ÉCHÉANT :

Échocardiogramme 2D Ultrason de l'abdomen Angiogramme et CD
 Ostéodensitométrie Tomodensitogramme du thorax Surveillance hémodynamique
 Résultats des analyses de sang Tests d'effort cardiaque ECG
 Radiographie du thorax Analyses d'urine

FORMULAIRE D'AIGUILLAGE VERS LA TRANSPLANTATION CARDIAQUE CHEZ L'ADULTE

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Antécédents de cancer :

Non Oui. Veuillez expliquer : _____

Antécédents d'affection vasculaire périphérique (c.-à-d. carotide, AAA, AVP) :

Non Oui. Veuillez expliquer : _____

Chirurgies antérieures :

Non Oui. Veuillez expliquer : _____

Antécédents de troubles psychiatriques (c.-à-d. soutien social, toxicomanie) :

Non Oui. Veuillez expliquer : _____

Antécédents de troubles neurologiques (c.-à-d. AVC et insuffisances connexes) :

Non Oui. Veuillez expliquer : _____

Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) ou problèmes pulmonaires :

Non Oui. Veuillez expliquer : _____

Veuillez indiquer tous les antécédents médicaux pouvant être pertinents pour l'évaluation du patient :

CARDIOLOGUE TRAITANT

Type d'aiguillage pour le patient : Externe Hospitalisé

Lettre d'aiguillage ci-jointe

Nom : _____ N° de téléphone : _____

Signature : _____ Date : _____

À faire remplir par le cardiologue responsable de la transplantation :

Urgence : Élevée Moyenne

Nom : _____ Signature : _____ Date de réception : _____