

# 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<sup>e</sup> 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 : \_\_\_\_\_