Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
Québec

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE / **REFERRAL FORM**

CENTRE DE RÉADAPTATION CARDIAQUE / **CARDIAC REHABILITATION CENTER [CCO- CRC]**

HÔPITAL RICHARDSON / **RICHARDSON HOSPITAL**
5425 BESSBOROUGH AVE., MONTREAL, QC., H4V 2S7 **(514) 484-7878 X 62134**

Nom de famille/Family name | No de dossier/Record No

Prénom/First name

Date de naissance/Date of birth | Téléphone/Telephone

No R.A.M.Q./Medicare No

Adresse/Address

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ / **ELIGIBILITY CRITERIA**

- Diagnostic récent (<6 mois) de Syndrome Coronaire Aigu (SCA) +/- chirurgie cardiaque / **Recent (<6 months) diagnosis of Acute Coronary Syndrome (ACS) +/- cardiac surgery**
- Seuls les références de l'Hôpital Général Juif (JGH), du CUSM ou de l'Hôpital St-Mary's (HSM) sont acceptées. / **Only referrals from the Jewish General Hospital (JGH), the MUHC or St-Mary's Hospital (SMH) are accepted.**
- Physiquement et cognitivement capable de participer à un programme de réadaptation en clinique externe / **Physically and cognitively able to participate in an out-patient rehabilitation program.**
- Le patient consent à ce qu'il soit référé au CCO-CRC et accepte d'être contacté par le programme. / **Patient consents to the referral to the CCO-CRC, and agrees to be contacted by the program.**

CRITÈRES D'EXCLUSION / **EXCLUSION CRITERIA**

• FEVG <40% / **LVEF < 40%**	• **NYHA ≥ III**
• Maladie valvulaire sévère / **Severe valvular disease**	• Arrhythmie significative non-contrôlée / **Significant non-controlled arrhythmia**
• Lésion non responsable importante ou planification d'une procédure par étapes / **Significant non-culprit lesion or plan for staged procedure**	• Antécédents de tachycardie ventriculaire (TV) soutenue sans DCI / **History of sustained ventricular tachycardia (VT) without ICD**

Documents et informations à inclure avec la référence / **Documents and information to include with referral**

- Sommaire de congé / **Discharge summary** ☐
- FEVG / **LVEF:** _____
- Précautions PCI / **IPAC Precautions:** ☐ N/A ☐ MRSA ☐ VRE ☐ CPE ☐ MDRO
  ☐ Autre / **Other:** _____

SOURCE DE RÉFÉRENCE / **REFERRAL SOURCE**

☐ HGJ / **JGH** ☐ CUSM / **MUHC** ☐ HSM / **SMH** ☐ Autre / **Other:** _____

Nom / **Name:**_____ Téléphone / **Phone Number :** _____

- ☐ Cardiologue / **Cardiologist**
- ☐ Chirurgien cardiaque / **Cardiac surgeon**
- ☐ Infirmière praticienne spécialisée en cardiologie / **Cardiac specialized nurse practitioner**
- ☐ Médecin résident en cardiologie ou chirurgie cardiaque / **Resident or Fellow in cardiology or cardiac surgery**

Signature : _____ **Date**_____ (AAYY-MM-JD)

Le formulaire rempli et les pièces jointes peuvent être envoyés au CCO-CRC par télécopieur ou courriel /
Completed referral form and attachments can be sent to the CCO-CRC by fax or email
Télécopieur / **Fax: (514) 483-1381**
Courriel / **Email : readaptation.cardiaque.ccomtl@ssss.gouv.qc.ca**