



DT9330

## CONSULTATION EN CHIRURGIE VASCULAIRE ET ENDOVASCULAIRE ADULTE

Attention : Consulter les alertes cliniques au verso et favoriser les protocoles de l'Accueil clinique (si disponibles) avant de remplir ce formulaire.

Nom et prénom de l'utilisateur			
N° d'assurance maladie		Année	Mois
		Expiration	
Nom et prénom du parent			
Ind. rég.	N° téléphone	Ind. rég.	N° téléphone (autre)
Adresse			
Code postal			

Raison de consultation		Échelle de priorité clinique : A : ≤ 3 jrs B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois		
Insuffisance artérielle périphérique	<input type="checkbox"/> MVAS chronique avec gangrène humide ou douleur de repos ou plaie de novo (< 2 semaines)	<b>B</b>		
	<input type="checkbox"/> MVAS chronique avec gangrène sèche ou plaie chronique (> 2 semaines)	<b>C</b>		
	Claudication intermittente	<input type="checkbox"/> Rapidement évolutive	<b>C</b>	
		<input type="checkbox"/> Sévère et incapacitante	<b>D</b>	
	<input type="checkbox"/> Stable	<b>E</b>		
Sténose carotidienne	<input type="checkbox"/> Sténose carotidienne documentée sévère (> 70 %) asymptomatique	<b>D</b>		
Laboratoire vasculaire	(Prérequis : description des signes et symptômes amenant la demande d'examen dans la section renseignements cliniques)	<input type="checkbox"/> Doppler carotidien (examen et consultation)	<b>E</b>	
	<input type="checkbox"/> Étude vasculaire pour éliminer insuffisance artérielle	<b>E</b>		
	<input type="checkbox"/> Index tibio-huméral (ITH) avant prescription de bas support	<b>D</b>		
Anévrisme asymptomatique	Aorte abdominale <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> 50-70 mm	<b>C</b>	
		<input type="checkbox"/> 45-49 mm	<b>D</b>	
		<input type="checkbox"/> Progression rapide peu importe le diamètre (> 6 mm en 6 mois ou > 10 mm / année)	<b>C</b>	
	Aorte thoracique <b>descendante</b> <sup>2</sup> (Prérequis : rapport TDM ou ETT)	<input type="checkbox"/> ≥ 60 mm	<b>C</b>	
		<input type="checkbox"/> < 60 mm	<b>E</b>	
	Artère iliaque	<input type="checkbox"/> ≥ 30 mm	<b>C</b>	
	<input type="checkbox"/> < 30 mm	<b>E</b>		
Artère poplitée	<input type="checkbox"/> ≥ 20 mm	<b>C</b>		
	<input type="checkbox"/> < 20 mm	<b>E</b>		
Viscéraux (artères rénales, splénique, mésentériques)	<input type="checkbox"/> ≥ 20 mm	<b>C</b>		
	<input type="checkbox"/> < 20 mm	<b>E</b>		
Anévrisme viscéral chez femme enceinte ou en âge de procréer	Peu importe le diamètre		<b>B</b>	
Insuffisance veineuse	<input type="checkbox"/> Ulcère veineux ou dermite de stase avec échec au traitement médical ou récurrence (CEAP ≥ 4/6) <sup>3</sup>	<b>D</b>		
	Référer de façon prioritaire en clinique de plaie si disponible et non au CRDS			
	<input type="checkbox"/> Varices	<b>E</b>		
<input type="checkbox"/> Autre raison de consultation non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique (justification <b>OBLIGATOIRE</b> dans la section suivante) :			Priorité clinique	
Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires		Si prérequis exigé(s) :		
		<input type="checkbox"/> Disponible(s) dans DSQ		
		<input type="checkbox"/> Annexé(s) à la présente demande		
Besoins spéciaux :				
Identification du médecin référent et du point de service		Estampe		
Nom du médecin référent		N° de permis		
Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste	Ind. rég.	
			N° de télécopieur	
Nom du point de service				
Signature		Date (année, mois, jour)		
Médecin de famille : <input type="checkbox"/> Idem au médecin référent <input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille		Référence nominative (si requis)		
Nom du médecin de famille		Si vous désirez une référence à un médecin ou à un point de service en particulier		
Nom du point de service				

## Légende

<sup>1</sup> Le médecin de famille devrait assurer le suivi d'un anévrisme de l'aorte abdominale pour un diamètre < 45 mm par une échographie annuelle (Choisir avec soin : [www.choosingwiselycanada.org/recommendations/vascular-surgery/](http://www.choosingwiselycanada.org/recommendations/vascular-surgery/))

<sup>2</sup> Anévrisme thoracique **descendant** : utiliser ce formulaire pour référer en chirurgie vasculaire  
Anévrisme thoracique **ascendant** : référer directement en chirurgie cardiaque et non au CRDS

<sup>3</sup> Échelle d'évaluation de l'insuffisance veineuse (CEAP)

CEAP	Classification clinique	CEAP	Classification clinique
C1	Télangiectasies ou veines réticulaires	C4	Dermite de stase ou hyperpigmentation
C2	Varices	C5	Ulcère veineux cicatrisé
C3	Œdème	C6	Ulcère veineux

Pour plus d'information concernant la chirurgie vasculaire et endovasculaire, consulter le site de l'association : [www.acvq.quebec](http://www.acvq.quebec)

### Conditions cliniques de priorité A :

Pour toutes situations que vous identifiez de priorité A incluant les conditions cliniques suivantes, communiquer avec le chirurgien vasculaire de garde de votre région :

- Suspicion d'ischémie récente (< 14 jours) **sans déficit moteur ou sensitif**
- Sténose carotidienne documentée  $\geq 50\%$  avec AIT(ICT) ou amaurose fugace ou AVC récent
- Anévrisme de l'aorte abdominale > 70 mm

### Alertes cliniques (liste non exhaustive)

#### Diriger l'utilisateur vers l'urgence

- Suspicion d'ischémie aiguë **avec déficit moteur ou sensitif** du membre supérieur, inférieur ou ischémie mésentérique aiguë
  - Tout anévrisme douloureux ou rompu (aortique, viscéral ou des membres)
  - Suspicion d'une infection vasculaire (artère native ou prothèse vasculaire)
  - Hémorragie aiguë ou menace d'hémorragie, externe ou interne d'origine vasculaire (traumatisme vasculaire, hémorragie d'un accès vasculaire pour hémodialyse, dissection aortique aiguë, hématome expansif, etc.)
  - Gangrène humide ou suspicion d'infection nécrosante du pied/abcès plantaire avec sepsis chez un usager avec insuffisance artérielle connue ou suspectée
  - Suspicion d'un AIT/AVC avec parésie unilatérale ou trouble de la parole persistant, fluctuant ou transitoire depuis < 48 h ou
- Référer à l'Accueil clinique si disponible et selon l'état de l'utilisateur