



160

N° dossier : _____

Nom : _____

Prénom : _____

NAM : _____ Exp. : 20____/____

Date de naissance : ____/____/____ ☐ M ☐ F ☐ X
Année Mois Jour

STRATIFICATION MÉDICALE PROGRAMME DE RÉADAPTATION CARDIAQUE

Soins dispensés au: ☐ RLS Pierre-Boucher ☐ RLS Richelieu-Yamaska ☐ RLS Pierre-de Saurel

Date de l'événement : 20____/____/____ ☐ Cardiologue traitant : _____ ☐ MDF : _____

Diagnostic : ☐ STEMI ☐ NSTEMI ☐ Angine instable ☐ Autre (s) : _____

☐ Coronarographie : 20____/____/____ 20____/____/____ ICP : _____

Revascularisation : ☐ Complète ☐ Incomplète

☐ ETT : 20____/____/____ FEVG : ____%

EXAMENS PARACLINIQUES

Tapis effort : 20____/____/____

ECG repos : Rythme : ☐ Sinusal ☐ FA ☐ Flutter auriculaire ☐ Indéterminé

FC : ____ batt/min

TA au repos : ____/____ mm Hg

BRUCE : MIN ____ METs : ____

FCMP : ____

Capacité/âge : _____

Cliniquement :

☐ Négatif

☐ Positif

☐ Douteux : _____

Électroniquement :

☐ Négatif

☐ Positif

☐ Équivoque/Non interprétable

Réponse tensionnelle à l'effort :

☐ Normal

☐ Anormale :

Arythmie significative à l'effort :

☐ Non

☐ Oui :

ADMISSIBILITÉ AU PROGRAMME

☐ Admission sans délai

☐ Non admissible

☐ À réévaluer : _____

PRESCRIPTIONS EXERCICES PHYSIQUES

Cible initiale OBLIGATOIRE *

☐ FC cible : _____

☐ RPE Échelle Borg : _____

☐ Tension artérielle max à l'effort : ____/____ mm Hg

☐ FC max (défibrillateur ou seuil angineux : _____

Exercices physiques supervisés

☐ Au centre de réadaptation du CEMC (externe à l'hôpital)

☐ À domicile ☐ Avec supervision (Télé-réadaptation)

☐ Sans supervision

* Les cibles d'exercice physique et le lieu d'entraînement seront réévalués par le kinésiologue selon l'évolution et la condition de santé de l'utilisateur

Ordonnances individuelles d'ajustement de la médication jointes à ce formulaire pour : ☐ Hypertension ☐ Dyslipidémie

Autres recommandations : _____

Nom du cardiologue

Signature du prescripteur

No permis

Date : 20____ / ____ / ____