



RE0940

N° dossier : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

NAM : \_\_\_\_\_ Exp. : 20\_\_/\_\_/\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  M  F  X  
Année Mois Jour

**STRATIFICATION MÉDICALE  
PRÉVENTION ET 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 : \_\_\_\_\_

Électriquement :

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 kinésologue 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\_\_/\_\_/\_\_