



Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE / REFERRAL FORM
CLINIQUE FAMILIALE DU CŒUR – PRÉVENTION
CV FAMILY HEART CENTRE – CV PREVENTION

Centre universitaire de santé McGill/McGill University Health Centre
1001 boul. Décarie, Montréal, Québec, H4A 3J1

NOM DE FAMILLE _____ NUMÉRO DE DOSSIER/RECORD No _____

PRÉNOM/FIRST NAME _____

DATE DE NAISSANCE/DATE OF BIRTH _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE/PHONE NUMBER _____

NUMÉRO RAMQ/RAMQ NUMBER _____

ADRESSE _____

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ/ELIGIBILITY CRITERIA

- Patients de 18 à 65 ans avec nouveau diagnostic de MCAS, avec ou sans syndrome coronarien aigu (SCA)
18 to 65 years old patients with new diagnosis of CAD, with or without acute coronary syndrome (ACS)
- Patients de 18 à 65 ans avec MCAS connue, avec ou sans SCA
18 to 65 years old patients with known CAD, with or without ACS
- Lipoprotéine(a) (Lp(a)) supérieure à 500 mg/L
Lipoprotein(a) (Lp(a) levels higher than 500 mg/L
- Dyslipidémie avec LDL de 3.5 mmol/L ou plus ou suspicion d'hypercholestérolémie familiale (HF)
Dyslipidemia with LDL higher than 3.5 mmol/L or suspicion of familial hypercholesterolemia (FH)
- Tout patient de 18 à 65 ans qui pourrait bénéficier d'une consultation en prévention cardiovasculaire
Any 18 to 65 years old patient who could benefit from cardiovascular prevention counseling

DOCUMENTS ET INFORMATIONS À INCLURE AVEC LA RÉFÉRENCE/DOCUMENTS AND INFORMATION TO INCLUDE WITH REFERRAL

- Sommaire de congé / *Discharge summary*
- Rapport de laboratoire / *Laboratory results*
- Rapport de consultation / *Consult report*

MOTIF DE LA DEMANDE / REASON FOR REQUEST

PROVENANCE DE LA RÉFÉRENCE / REFERRAL SOURCE

CUSM/MUHC HGJ/JGH 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 de famille / *Family doctor*

Médecin résident en cardiologie ou en chirurgie cardiaque / *Resident or Fellow in cardiology or cardiac surgery*

Signature : _____ Date : _____

Le formulaire rempli et les pièces jointes peuvent être envoyés à la Clinique familiale du cœur par courriel ou par télécopieur
Completed referral form and attachments can be sent to the Family heart centre by fax or email.

Fax: (514) 843-2813

Courriel / Email : GCSM@5100SpecMed.com