

Système de gestion de l'accès aux services

NUMÉRO SPÉCIAL - CARDIOLOGIE TERTIAIRE Formulaires de demande de service

BULLETIN SGAS • AUTOMNE 2003

Dans le cadre du Système de gestion de l'accès aux services (SGAS), le ministère de la Santé et des Services sociaux a entrepris de déployer dans tous les centres de cardiologie tertiaire un outil d'aide à la tâche pour les médecins et professionnels qui ont à gérer quotidiennement l'accès aux services médicaux et chirurgicaux. Le déploiement de ce système devrait être terminé d'ici décembre 2003 dans les 12 centres hospitaliers visés.

L'objectif ultime du système est de faciliter un accès aux services qui soit juste et équitable pour chaque usager en attente de services. Le logiciel SGAS repose sur la notion de délais d'accès médicalement acceptables, déterminés en fonction de l'état de santé de l'usager.

Dans le cadre du projet, et sous la coordination du Réseau québécois de cardiologie tertiaire (RQCT), des comités de médecins spécialistes ont établi des niveaux de priorité pour différents diagnostics et procédures, puis ont précisé les délais d'accès médicalement acceptables correspondants. Les résultats de ces travaux ont mené à un **système de classification par priorité**. Le contenu de ce système a été approuvé par les associations de professionnels (l'Association des cardiologues du Québec et l'Association des chirurgiens cardiovasculaires et thoraciques du Québec), puis entériné par le Collège des médecins du Québec. En novembre 2003, le Collège des médecins du Québec diffusera auprès de ses 14 000 membres une brochure sur le sujet, intitulée « La gestion de l'accès aux services en cardiologie tertiaire : Pour une approche systématique ».

Après que ce système de classification par priorité ait été établi, et intégré dans le logiciel SGAS, il s'est avéré nécessaire de normaliser les processus de demande de service. Des **formulaires standardisés** ont donc été élaborés pour chacune des spécialités de la cardiologie tertiaire ; nous vous les présentons dans ce numéro spécial.

Ces formulaires ont eux aussi fait l'objet d'approbation par les comités de médecins spécialistes et le Comité de normalisation des formulaires du dossier de l'usager du réseau de la santé et des services sociaux.

Comment se procurer les formulaires papier ?

Consultez la dernière page de ce bulletin pour obtenir les coordonnées du fournisseur.

Comment remplir un formulaire ?

Ce numéro spécial contient des indications qui vous aideront à remplir les trois types de formulaires de demande de service relatifs à la cardiologie tertiaire. Conservez-le précieusement !

Si vous êtes un médecin référant, vous recevrez probablement, en complément à ce numéro spécial, des précisions provenant du service de cardiologie tertiaire avec lequel vous êtes habituellement en contact.

Veuillez noter que les mêmes formulaires doivent être utilisés, peu importe que le patient figure parmi la clientèle interne ou externe au centre de cardiologie tertiaire.

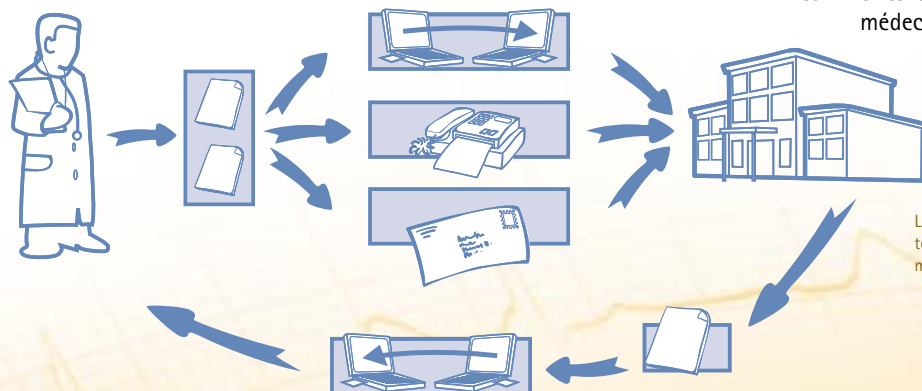
Les informations contenues dans ce numéro spécial sont en outre destinées aux responsables de la gestion des listes d'attente, qui doivent s'assurer que chaque formulaire est correctement rempli par les médecins référants. C'est en effet à partir des données cliniques fournies dans la demande de service que le niveau de priorité de l'usager est établi ou confirmé, et que l'examen ou l'intervention peuvent être planifiés dans les meilleurs délais.

Des formulaires bientôt informatisés !

Des travaux sont en cours pour informatiser complètement le processus de demande de service : le médecin référant remplira son formulaire de demande de service directement à son écran, puis l'acheminera en format électronique au centre de cardiologie tertiaire désiré.

Cette nouvelle approche nécessitera des changements dans les façons de faire. Mais elle apportera de réels avantages au médecin référant : celui-ci pourra connaître le statut de ses différentes demandes en cours, la planification des dates d'interventions ou d'exams, les noms des spécialistes assignés, ou encore obtenir un suivi post-intervention.

Ce module complémentaire au logiciel SGAS est actuellement en conception et sera expérimenté durant l'hiver 2004. Cependant, comme les environnements de travail varient considérablement d'un médecin à l'autre, l'utilisation des formulaires papier sera toujours possible.



Les échanges d'information entre le médecin référant et le service de cardiologie tertiaire : l'informatisation complète du processus facilitera l'envoi des demandes mais aussi les échanges de suivis.

Demande de service en chirurgie cardiaque

Formulaire AH-513

Systeme de gestion de l'accès aux services

1

Demande de service
CHIRURGIE CARDIAQUE
Sections réservées au médecin référent

Date de demande de service : Année Mois Jour

2 Usager (informations supplémentaires)
N° de dossier de l'établissement référent : **3** N° de dossier à l'établissement où l'usager est réadmis (si connu) : **4** N° téléphone secondaire : **4**

5 Référent
Nom de l'établissement : Site : N° de licence :
Médecin référent : Spéciale :

7 Informations de base
Provenance de l'usager : **6** Domicile Transfert (hospitalisé au CH référent) Urgence – interne Unité de soins : **7**
Lors d'un transfert, personne à contacter pour le rétablissement référent : Inc. rég. N° téléphone N° de poste Inc. rég. N° télécopieur

8 Journal
Code non nominatif (si télécopieur) : **8**

9 Dates de non-disponibilité : Du : Année Mois Jour Au : Année Mois Jour Période : **9**

10 Données anthropométriques et autres
Poids (kg) Taille (m) Groupe sanguin : Transfusion autologue Aucune transfusion permise Dents naturelles : Oui Non Oui Non Oui Non
Infection : SARM* ERV* Autre :
Cathétérisme antérieur : Date : Lieu : Hémodynamique :
 Oui Non

10 Consentement à l'échange d'informations Signé Non signé

Motif de la demande
Maladie coronarienne : Tronc commun 3 vaisseaux 2 vaisseaux 1 vaisseau
Sténose valvulaire : Oui Non Si oui : Aortique Mitrale Pulmonaire Tricuspidienne
Insuffisance valvulaire : Oui Non Si oui : Aortique Mitrale Pulmonaire Tricuspidienne
Autres : Congénitale Cardiomyopathie Aorte thoracique Stimulateur cardiaque
Référé : Au service Or

1 SARM : infection à Staphylococcus aureus résistante à la méthicilline → ERV : infection à Entérocoque résistant à la vancomycine

Page 1

Demande de service – CHIRURGIE CARDIAQUE
Sections réservées au médecin référent

AH-513-A (03-08)

Identification de l'usager : Nom et prénom

1 Informations cliniques
Cardiaque
Classification fonctionnelle (RQCT) : **1** I II III IV-A IV-B IV-C1 IV-C2
Classification d'insuffisance cardiaque (NYHA) : **2** 1 2 3 4
Fraction d'éjection : Inconnue % Source : Échographie Angiographie Méthode isotopique **3**
Infarctus du myocarde : Aigu < 1 semaine < 3 mois > 3 mois
Ballon intra-aortique : Oui Non
Diabète : Oui Non Si oui : Traité avec d'insuline Traité avec hypoglycémifiants oraux Traité avec insuline
Varices aux membres inférieurs : Oui Non
Saphénectomie : Oui Non Si oui : Droite Gauche Bilatérale

Médication
 ASA (Aspirine) Plavix Héparine : standard fractionnée
 Antagonistes des récepteurs GP IIb/IIIa – Si cessé, date et heure
 Coumadin – Si cessé, date Autre :

Allergie
 Pénicilline Iode Latex Autre :

4 Chirurgie(s) proposée(s) **4**
Pontage aorto-coronarien : x1 x2 x3 x4 x5 x6 PMC x1 PMC x2 PRC dr PRC g
 Remplacement valvulaire : Mitrale Aortique Tricuspidienne
 Plastie valvulaire : Mitrale Aortique Tricuspidienne
Reprise : Oui Non CEC Coeur battant Autre :

5 Remarque **5**

7 Priorité (RQCT) **7**

6 Résumé de dossier médical
Inclus Suivra **6**

8 Médecin référent
Nom et titre : Signature : Date : Année Mois Jour

8 INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES ET AUTRES FACTEURS DE RISQUE
Cardiaque
 Arythmie ventriculaire maligne Bloc A.V. Choc cardiogénique Complication d'angioplastie
 Endocardite active Fibrillation auriculaire rapide Autre :

Maladie vasculaire
Maladie cérébro-vasculaire : Oui Non **AVC** : Oui Non

Métabolique
HTA traitée : Oui Non Créatinine : _____ µmol/L Dialyse : Oui Non
Bilan lipidique : Cholestérol total _____ mmol/L HDL _____ mmol/L LDL _____ mmol/L
Triglycérides _____ mmol/L

Pulmonaire
Fumeur actif : Oui Non Asthme : Oui Non Intubation trachéale : Oui Non
APC : Oui Non VEMS : _____ L Hypertension pulmonaire (moyenne > 30 mm Hg) : Oui Non

Données personnelles : Nom : Titre : Signature : Date : Année Mois Jour

Page 2

CHIRURGIE CARDIAQUE – PAGE 1

1. Afin d'éviter les appels inutiles, assurez-vous que les informations démographiques imprimées à partir de la carte embossée ou inscrites à la main sont clairement lisibles surtout si la demande de service est acheminée par télécopieur.
2. Indiquez le numéro de dossier de l'établissement d'où provient l'usager.
3. S'il s'agit d'un transfert interétablissement, indiquez le numéro de dossier de l'usager si celui-ci a déjà un dossier au centre de cardiologie tertiaire.
4. Utilisez cet espace pour ajouter un autre numéro de téléphone où joindre l'usager, le cas échéant.
5. Indiquez le nom du site de l'établissement référent, si ce dernier a plus d'un site. À titre d'exemple, le pavillon CHUL du CHUQ à Québec répond à la définition du mot site.
6. Pour un usager hospitalisé dans votre centre et que vous souhaitez diriger vers un autre établissement, indiquez « Transfert » en ce qui concerne la provenance de l'usager.
7. S'il s'agit d'un transfert interétablissement, précisez le nom de l'unité de soins où l'usager est présentement hospitalisé.
8. Permet d'assurer la confidentialité au moment d'échanges d'information entre les établissements. À compléter seulement si l'établissement référent utilise un code avec le centre de cardiologie tertiaire.
9. Indiquez s'il s'agit d'une raison médicale ou personnelle ainsi que la justification.
10. S'il s'agit d'un transfert interétablissement, indiquez si le formulaire de consentement à l'échange d'information a été signé par l'usager.

CHIRURGIE CARDIAQUE – PAGE 2

1. Consultez la grille de « Classification fonctionnelle » (CMQ – RQCT).
2. Consultez la grille de « Classification d'insuffisance cardiaque » de la New York Heart Association (NYHA).
3. La méthode isotopique comprend la ventriculographie isotopique et la scintigraphie myocardique.
4. Indiquez l'intervention proposée, si souhaité.
5. Indiquez toute autre information pertinente au traitement de la demande de service par le centre de cardiologie tertiaire.
6. Il est essentiel de faire parvenir un résumé du dossier médical au centre de cardiologie tertiaire. Indiquez si celui-ci est inclus avec la demande ou s'il suivra dans les prochains jours.
7. Déterminez le niveau de priorité à accorder à l'usager sur la base des informations contenues dans la grille de « Accessibilité à la chirurgie cardiaque – classification par priorité » (CMQ – RQCT).
8. Complétez les informations complémentaires et autres facteurs de risque pouvant être utiles au médecin spécialiste du centre de cardiologie tertiaire pour le suivi de l'usager.

Demande de service en hémodynamie

Formulaire AH-514

Système de gestion de l'accès aux services

Demande de service HÉMODYNAMIE

Sections réservées au médecin référent

Date de demande de service: Année, Mois, Jour

Usager (Informations supplémentaires): N° de dossier de l'établissement référant, N° de dossier à l'établissement où l'usager est réadmis (si connu), N° téléphone secondaire, Ind. nég.

Référant: Nom de l'établissement, Site, Médecin référant, Spécialité, N° de licence

Informations de base: Provenance de l'usager (Domicile, Transfert, Urgence, Interne), Unité de soins, Lieu d'état initial, Personne à contacter, Courriel, Code non nominatif, Dates de non-disponibilité, Données anthropométriques, Infection, Pontage coronarien antérieur, Consentement à l'échange d'informations, Motif de la demande, Référé.

1. Identification de l'usager
2. Informations cliniques
3. Résultats de tests non-invasifs
4. Remarque
5. Résumé de dossier médical
6. Provenance de l'usager
7. Unité de soins
8. Code non nominatif
9. Dates de non-disponibilité
10. Consentement à l'échange d'informations

1 SARM: infection à Staphylococcus aureus résistante à la méthicilline - ERY: infection à Enterobacter résistante à la vancomycine

Demande de service - HÉMODYNAMIE
Sections réservées au médecin référent

AH-514-A (03-08) Page 1

Identification de l'usager: Nom et prénom

Informations cliniques

Cardisque: Syndrome coronarien, Sténose valvulaire, Insuffisance valvulaire, Classification fonctionnelle (RGCT)

Maladie vasculaire: Syndrome vasculaire aigu, Pouls radial présent, Syndrome vasculaire stable, Pouls fémoral présent

Résultats de tests non-invasifs: ECG au repos, Épreuve d'effort positive, Scintigraphie myocardique, Fraction d'éjection

Médication: ASA (Aspirine), Héparine, Créatinine, Diabète, Allergie

Remarque

Résumé de dossier médical: Inclus, Suivra

Classification fonctionnelle (CMQTM - RGCTTM): Classe, Description

CMQ: Collège des médecins du Québec
RGCT: Réseau québécois de cardiologie tertiaire

Page 2

HÉMODYNAMIE – PAGE 1

- Afin d'éviter les appels inutiles, assurez-vous que les informations démographiques imprimées à partir de la carte embossée ou inscrites à la main sont clairement lisibles surtout si la demande de service est acheminée par télécopieur.
- Indiquez le numéro de dossier de l'établissement d'où provient l'usager.
- S'il s'agit d'un transfert interétablissement, indiquez le numéro de dossier de l'usager si celui-ci a déjà un dossier au centre de cardiologie tertiaire.
- Utilisez cet espace pour ajouter un autre numéro de téléphone où joindre l'usager, le cas échéant.
- Indiquez le nom du site de l'établissement référant, si ce dernier a plus d'un site. À titre d'exemple, le pavillon CHUL du CHUQ à Québec répond à la définition du mot site.
- Pour un usager hospitalisé dans votre centre et que vous souhaitez diriger vers un autre établissement, indiquez « Transfert » en ce qui concerne la provenance de l'usager.
- S'il s'agit d'un transfert interétablissement, précisez le nom de l'unité de soins où l'usager est présentement hospitalisé.
- Permet d'assurer la confidentialité au moment d'échanges d'information entre les établissements. À compléter seulement si l'établissement référant utilise un code avec le centre de cardiologie tertiaire.
- Indiquez s'il s'agit d'une raison médicale ou personnelle ainsi que la justification.
- S'il s'agit d'un transfert interétablissement, indiquez si le formulaire de consentement à l'échange d'information a été signé par l'usager.

HÉMODYNAMIE – PAGE 2

- Consultez la grille de « Classification fonctionnelle » (CMQ - RGCT).
- Les résultats de tests non invasifs réalisés servent à définir les variables de "haut risque" et de "bas risque". Ainsi, la notion d'usager à haut risque de complications cardiovasculaires vient pondérer, avec les autres informations cliniques, le niveau de priorité accordé à l'usager. L'usager est considéré à haut risque dès que l'un des résultats de tests non invasifs est positif ou que la fraction d'éjection ventriculaire gauche est plus petite ou égale à 40 %.
- La méthode isotopique comprend la ventriculographie isotopique et la scintigraphie myocardique.
- Indiquez toute autre information pertinente au traitement de la demande de service par le centre de cardiologie tertiaire.
- Il est essentiel de faire parvenir un résumé du dossier médical au centre de cardiologie tertiaire. Indiquez si celui-ci est inclus avec la demande ou s'il suivra dans les prochains jours.

Notez que le niveau de priorité accordé à l'usager sera défini sur la base des informations cliniques transmises sur le formulaire.

Demande de service en électrophysiologie

Formulaire AH-515

Page 1

Systeme de gestion de l'accès aux services

Demande de service
ÉLECTROPHYSIOLOGIE

Sections réservées au médecin référent

Date de demande de service: _____

Usager (informations supplémentaires):
 N° de dossier de l'établissement référant: _____
 N° de dossier à l'établissement de l'usager (si différent de celui-ci): _____
 N° de téléphone: _____

Référant:
 Nom de l'établissement: _____
 Adresse: _____
 N° de dossier: _____

Informations de base:
 Provenance de l'usager: Domicile Transfert (hospitalisé au CH référant) Urgence - interne Urgence - externe

Code de confidentialité (si télécopieur): _____

Dates de non-disponibilité: _____

Infection: SARMS ERV Autre: _____

Etude électrophysiologique antérieure: Oui Non

10 Consentement à l'échange d'informations: Signé Non signé

Motif de la demande:
 Primo procédure: Reprise: Ablation: Transseptale

Cardiosimulateur: Simple Double Diventriculaire

Débruiteur: Simple Double Diventriculaire

Dependance: < 30min < 40min Non

Autre: _____

Page 1

Page 2

Identification de l'usager: _____

Informations cliniques

Classification d'insuffisance cardiaque (NYHA): 1 2 3 4

Infarctus du myocarde: Aigu < 1 semaine < 3 mois > 3 mois

Arrythmie potentiellement maligne: Oui Non

Arrythmie récurrente: Oui Non

Arrythmie ventriculaire maligne: Oui Non

S.B.D.: Oui Non

Bloc A.V. 1^{er} degré: Oui Non

Bloc A.V. 2^e degré: Oui Non

Bloc A.V. 3^e degré: Oui Non

Cardiopathie congénitale: Oui Non

Fibrillation auriculaire rapide: Oui Non

Flutter auriculaire: Oui Non

Instabilité hémodynamique: Oui Non

Mort subite: Oui Non

Pause nodale: Oui Non

Prophylaxie: Oui Non

Réentrées nodale: Oui Non

Stimulateur endoveineux temporaire: Oui Non

Syncope: Oui Non

Tachycardie auriculaire: Oui Non

T.S.V.: Oui Non

W.P.W.: Oui Non

Insuffisance valvulaire: Oui Non

Sténose valvulaire: Oui Non

Prothèse valvulaire: Oui Non

Fraction d'éjection: Inconnue %

Scintigraphie myocardique - Ischémie antérieure ou plusieurs zones ischémiques: Oui Non

Tracé d'arythmie disponible: Oui (à envoyer) Non

Médication

ASA (Aspirine): Oui Non

Amiodarone (Coronarone): Oui Non

Bêta bloqueur: Oui Non

Bloqueur calcique: Oui Non

Autre: _____

Clotogrel (Plavix): Oui Non

Digiale: Oui Non

Diopyramide (Rhythron): Oui Non

Flécaïnide (Tambocor): Oui Non

Acrotique: Oui Non

Mitral: Oui Non

Pulmonaire: Oui Non

Tricuspidienne: Oui Non

Prophatone (Prymone): Oui Non

Quinidine: Oui Non

Sotalol (Sotacor): Oui Non

Warfarine (Coumadin): Oui Non

NR: _____

Métabolique: _____

Insuline: Oui Non

Si oui: Traité avec diète Traité avec hypoglycémifiants oraux Traité avec insuline

Diabète vasculaire: Oui Non

Allergie: Iode Latex Pénicilline Autre: _____

Marque: _____

Résumé de dossier médical: Inclus Suivre

Page 2

ÉLECTROPHYSIOLOGIE – PAGE 1

1. Afin d'éviter les appels inutiles, assurez-vous que les informations démographiques imprimées à partir de la carte embossée ou inscrites à la main sont clairement lisibles surtout si la demande de service est acheminée par télécopieur.
2. Indiquez le numéro de dossier de l'établissement d'où provient l'usager.
3. S'il s'agit d'un transfert interétablissement, indiquez le numéro de dossier de l'usager si celui-ci a déjà un dossier au centre de cardiologie tertiaire.
4. Utilisez cet espace pour ajouter un autre numéro de téléphone où joindre l'usager, le cas échéant.
5. Indiquez le nom du site de l'établissement référant, si ce dernier a plus d'un site. À titre d'exemple, le pavillon CHUL du CHUQ à Québec répond à la définition du mot site.
6. Pour un usager hospitalisé dans votre centre et que vous souhaitez diriger vers un autre établissement, indiquez "Transfert" en ce qui concerne la provenance de l'usager.
7. S'il s'agit d'un transfert interétablissement, précisez le nom de l'unité de soins où l'usager est présentement hospitalisé.
8. Permet d'assurer la confidentialité au moment d'échanges d'information entre les établissements. À compléter seulement si l'établissement référant utilise un code avec le centre de cardiologie tertiaire.
9. Indiquez s'il s'agit d'une raison médicale ou personnelle ainsi que la justification.
10. S'il s'agit d'un transfert interétablissement, indiquez si le formulaire de consentement à l'échange d'information a été signé par l'usager.

ÉLECTROPHYSIOLOGIE – PAGE 2

1. Consultez la grille de « Classification d'insuffisance cardiaque » de la New York Heart Association (NYHA).
2. La méthode isotopique comprend la ventriculographie isotopique et la scintigraphie myocardique.
3. Si un tracé d'arythmie est disponible, il doit être transmis au centre de cardiologie tertiaire.
4. Indiquez toute autre information pertinente au traitement de la demande de service par le centre de cardiologie tertiaire.
5. Il est essentiel de faire parvenir un résumé du dossier médical au centre de cardiologie tertiaire. Indiquez si celui-ci est inclus avec la demande ou s'il suivra dans les prochains jours.

Notez que le niveau de priorité accordé à l'usager sera défini selon plusieurs critères combinés soit : les informations cliniques transmises sur le formulaire, la procédure requise et finalement, la provenance de l'usager.

Pour obtenir des formulaires papier (disponible en janvier 2004)

DATAMARK SYSTEMS INC.
 2800, rue Francis Hugues
 Laval (Québec)
 H7L 3Y7

Téléphone : 1 888 360-0470
 Télécopieur : 1 888 736-8155
 Courriel électronique :
 jbernard@datamark.ca

Veuillez indiquer le numéro de formulaire choisi dans votre bon de commande

- AH-513 : Demande de service en Chirurgie cardiaque
- AH-514 : Demande de service en Hémodynamie
- AH-515 : Demande de service en Électrophysiologie

Les bulletins du projet SGAS sont accessibles sur les sites Web du MSSS (www.msss.gouv.qc.ca, section Documentation, sous la rubrique Publications) et de SOGIQUE (www.sogique.qc.ca/SGAS).

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
 Bibliothèque nationale du Québec, 2003
 Bibliothèque nationale du Canada, 2003
 ISSN 1499-1756

Accessibilité en électrophysiologie – classification par priorité (CMQ)¹ (RQCT)²

Localisation usager	Procédure	Information clinique – cardiaque	Priorité	Délais
Usager hospitalisé, à l'urgence ou transfert interétablissement		Instabilité hémodynamique	1	< 24 heures
		Stimulateur endoveineux temporaire	1	< 24 heures
		Les usagers hospitalisés en raison d'un des diagnostics ou autres symptômes de gravité apparaissant sous la section «Information clinique – cardiaque»	2	< = 48 heures
Usager à domicile	Cardiostimulateur/défibrillateur			
	• Nouvelle implantation Sans dépendance		3	< = 2 semaines
	• Remplacement électrode ou boîtier Avec dépendance		3	< = 2 semaines
	• Repositionnement électrode ou boîtier Avec dépendance		3	< = 2 semaines
	• Extraction d'électrode		3	< = 2 semaines
	• Remplacement électrode ou boîtier Sans dépendance		4	< = 4 semaines
	• Repositionnement électrode ou boîtier Sans dépendance		4	< = 4 semaines
	• Rehaussement		4	< = 4 semaines
	• Exérèse		4	< = 4 semaines
	Ablation	Fibrillation auriculaire rapide	3	< = 2 semaines
	Ablation	Arythmie potentiellement maligne	3	< = 2 semaines
	Ablation	Arythmie récidivante	4	< = 4 semaines
	Ablation	Wolf-Parkinson-White	4	< = 4 semaines
	Ablation	Syncope	4	< = 4 semaines
	Ablation (reprise)		4	< = 4 semaines
	Test de défibrillateur		3	< = 2 semaines
	Moniteur implantable		4	< = 4 semaines
	Étude diagnostique		4	< = 4 semaines
	Cardioversion interne		5	< = 3 mois
	Cardioversion externe		5	< = 3 mois
Ablation	(sans autre spécification)	5	< = 3 mois	
Table basculante		5	< = 3 mois	

Classification d'insuffisance cardiaque (NYHA)³

Classe 1	Aucune limitation des activités physiques.
Classe 2	Limitation légère des activités physiques. Les activités ordinaires causent de la fatigue, palpitations, dyspnée ou angine.
Classe 3	Limitation marquée des activités physiques. Les activités physiques moindres qu'ordinaires causent de la fatigue, palpitations, dyspnée ou angine.
Classe 4	Inhabileté à faire quelque activité physique sans inconfort. Les symptômes peuvent être présents au repos.

Accessibilité à la chirurgie cardiaque – classification par priorité (CMQ)¹ (RQCT)²

Diagnostic		Priorité	Délais
Syndrome coronarien aigu : Syndrome valvulaire aigu : Syndrome vasculaire aigu :	<ul style="list-style-type: none"> • hémodynamiquement instable • arythmie maligne • hémodynamiquement instable • anévrisme disséquant • hémodynamiquement instable 	1 (très urgente)	< = 24 heures
Syndrome coronarien ou valvulaire aigu :	<ul style="list-style-type: none"> • réfractaire au traitement médical optimal par voie intraveineuse • atteinte sévère du tronc commun 	2 (urgente)	< = 72 heures
Syndrome coronarien aigu stabilisé : Syndrome coronarien non-aigu : Syndrome valvulaire sévère :	<ul style="list-style-type: none"> • état précaire • sous contrôle médical optimal <i>À moins de raisons exceptionnelles, usager sous thérapie parentérale</i> • classe fonctionnelle 4 • état précaire • hémodynamiquement stable • sous contrôle médical optimal • NYHA IV <i>Usager hospitalisé, à qui on ne peut donner son congé sans qu'il ait été opéré</i> 	3 (semi urgente)	< = 2 semaines
Syndrome coronarien non-aigu : Syndrome valvulaire stable :	<ul style="list-style-type: none"> • classe fonctionnelle 3 • NYHA III <i>Usager non-hospitalisé</i> 	4 (semi-électif)	< = 6 semaines
Autres situations		5 (électif)	< = 3 mois

Classification fonctionnelle (CMQ)¹ - (RQCT)²

Classe	Description
I	Asymptomatique ou limitation apparaissant aux efforts violents, prolongés ou inhabituels.
II	Limitation légère lors d'activité régulière. La limitation peut survenir à la marche ou à la montée d'escaliers.
III	Limitation marquée lors des activités régulières.
IV-A	Limitation sévère ou état instable maintenant stabilisé avec une médication orale.
IV-B	Limitation sévère ou état instable. La limitation persiste lors d'activités légères ou au repos malgré le traitement médical optimal. Ne nécessite pas de thérapie intraveineuse.
IV-C1	Limitation sévère ou état instable réfractaire au traitement médical optimal et nécessitant une thérapie intraveineuse.
IV-C2	Limitation sévère ou état instable nécessitant une thérapie intraveineuse et demeurant en instabilité hémodynamique ou rythmique malgré celle-ci. Inclut aussi l'angioplastie primaire et de sauvetage dans l'infarctus du myocarde ainsi que la dissection aortique et la rupture d'anévrisme.

Classification d'insuffisance cardiaque (NYHA)³

Classe	Description
Classe 1	Aucune limitation des activités physiques.
Classe 2	Limitation légère des activités physiques. Les activités ordinaires causent de la fatigue, palpitations, dyspnée ou angine.
Classe 3	Limitation marquée des activités physiques. Les activités physiques moindres qu'ordinaires causent de la fatigue, palpitations, dyspnée ou angine.
Classe 4	Inhabileté à faire quelque activité physique sans inconfort. Les symptômes peuvent être présents au repos.

Accessibilité en hémodynamie – classification par priorité (CMQ)¹ – (RQCT)²

Info. clinique	Classe fonct. RQCT	Niveau de risque	Diagnostic	Priorité	Délais
Coronarien	IV-C2	NA ⁽³⁾	Syndrome coronarien aigu avec instabilité hémodynamique ou rythmique	1	Immédiat
Coronarien			Angioplastie primaire ou de sauvetage dans l'infarctus du myocarde	1	Immédiat
Valvulaire			Syndrome valvulaire aigu avec instabilité hémodynamique ou rythmique	1	Immédiat
Vasculaire			Syndrome vasculaire aigu	1	Immédiat
Coronarien	IV-C1	NA	Syndrome coronarien aigu réfractaire au traitement médical optimal incluant une thérapie intraveineuse	2	< = 24 heures
Valvulaire			Syndrome valvulaire sévère réfractaire au traitement médical optimal incluant une thérapie intraveineuse	2	< = 24 heures
Coronarien	IV-B	NA	Syndrome coronarien aigu amélioré avec un traitement médical optimal mais persistant à l'effort minimum	3.1	< = 72 heures
Valvulaire			Syndrome valvulaire sévère amélioré avec un traitement médical optimal mais persistant à l'effort minimum sans thérapie intraveineuse	3.1	< = 72 heures
Coronarien	IV-A	Haut risque	Syndrome coronarien aigu stabilisé avec une médication orale, haut risque	3.2	< = 1 semaine
Valvulaire		NA	Syndrome valvulaire sévère symptomatique stabilisé	3.2	< = 1 semaine
Coronarien		Bas risque	Syndrome coronarien aigu stabilisé avec une médication orale, bas risque	4	< = 2 semaines
Coronarien	III	Haut risque	Syndrome coronarien haut risque	4	< = 2 semaines
Valvulaire		NA	Syndrome valvulaire stable	4	< = 2 semaines
Coronarien		Bas risque	Syndrome coronarien bas risque	5.1	< = 1 mois
Coronarien	II	Haut risque	Syndrome coronarien haut risque	5.1	< = 1 mois
Valvulaire		NA	Syndrome valvulaire stable	5.1	< = 1 mois
Coronarien		Bas risque	Syndrome coronarien bas risque	5.2	< = 2 mois
Coronarien	-	Haut risque	Syndrome coronarien haut risque	5.1	< = 1 mois
Valvulaire	I	NA	Syndrome valvulaire stable	5.1	< = 1 mois
Coronarien	-	Bas risque	Syndrome coronarien bas risque	5.2	< = 2 mois
Vasculaire	NA	NA	Syndrome vasculaire stable	5.2	< = 2 mois

Note : Les résultats de tests non-invasifs réalisés servent à définir les variables de «haut risque» et de «bas risque». Ainsi, la notion d'usager à haut risque de complications cardiovasculaires vient pondérer, avec les autres informations cliniques, le niveau de priorité de l'usager. L'usager sera à haut risque dès que l'un des résultats de tests non-invasifs est positif ou que la fraction d'éjection ventriculaire gauche est plus petite ou égale à 40%.

Classification fonctionnelle (CMQ)¹ – (RQCT)²

Classe	Description
I	Asymptomatique ou limitation apparaissant aux efforts violents, prolongés ou inhabituels.
II	Limitation légère lors d'activité régulière. La limitation peut survenir à la marche ou à la montée d'escaliers.
III	Limitation marquée lors des activités régulières.
IV-A	Limitation sévère ou état instable maintenant stabilisé avec une médication orale.
IV-B	Limitation sévère ou état instable. La limitation persiste lors d'activités légères ou au repos malgré le traitement médical optimal. Ne nécessite pas de thérapie intraveineuse.
IV-C1	Limitation sévère ou état instable réfractaire au traitement médical optimal et nécessitant une thérapie intraveineuse.
IV-C2	Limitation sévère ou état instable nécessitant une thérapie intraveineuse et demeurant en instabilité hémodynamique ou rythmique malgré celle-ci. Inclut aussi l'angioplastie primaire et de sauvetage dans l'infarctus du myocarde ainsi que la dissection aortique et la rupture d'anévrisme.