



UNIVERSITY OF OTTAWA  
HEART INSTITUTE  
INSTITUT DE CARDIOLOGIE  
DE L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA

**CONSULT REQUEST**  
**Cardiology Referral Clinic**  
cardiologyreferralclinic@ottawaheart.ca

TEL. 613-696-7000 x 15276  
FAX 613-696-7155

Physician office referral  
 Emergency Department (ED) referral

Family physician	Ontario Health or from: <input type="checkbox"/> Other province <input type="checkbox"/> Other country OR <input type="checkbox"/> Not available			
<b>Refer to :</b> <input type="checkbox"/> First available Cardiologist <input type="checkbox"/> Specific Cardiologist: _____ <input type="checkbox"/> Specific service (e.g. heart failure, arrhythmia, etc):				
<b>Urgency:</b> <input type="checkbox"/> Routine (within 4 - 6 weeks) <input type="checkbox"/> Urgent (within 1 - 2 weeks) <input type="checkbox"/> Emergent – Call Cardiology or send to ED				
<b>Reason for referral/ Chief Complaint:</b> <input type="checkbox"/> Chest pain or Coronary Artery Disease (CAD) <input type="checkbox"/> Murmur or valvular heart disease <input type="checkbox"/> Heart Failure <input type="checkbox"/> Palpitations, syncope, arrhythmia <input type="checkbox"/> Congenital <input type="checkbox"/> Second opinion <input type="checkbox"/> Assessment prior to non-cardiac surgery: Surgery: _____                      Planned OR date: _____ <input type="checkbox"/> Other: _____				
Other Relevant clinical information: _____ _____ _____				
<b>Has the patient seen a Cardiologist at the Heart Institute within the last two years?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <b>If yes, please specify:</b> _____				
<b>Cardiac History:</b> <input type="checkbox"/> Prior MI <input type="checkbox"/> Prior Percutaneous Coronary Intervention (PCI) <input type="checkbox"/> Prior cardiac surgery <input type="checkbox"/> Atrial fibrillation <input type="checkbox"/> Prior pacemaker or Implantable Cardioverter Defibrillator (ICD) <input type="checkbox"/> Other: _____				
<b>Risk Factors:</b> <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Smoking <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hyperlipidemia <input type="checkbox"/> Family History CAD Height: _____ cm    Weight: _____ kg <input type="checkbox"/> Other: _____				
<b>Please include the most recent information with your referral if available:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Blood work</li> <li>• ECG</li> <li>• Cardiac diagnostic testing</li> <li>• Pertinent medical records such as Emergency Department (ED) visits, previous cardiology consultations, prior admissions</li> <li>• Latest medication list</li> </ul>				
<b>* Please note that the Cardiology Referral Clinic will arrange diagnostic testing prior to consultation on your behalf as required unless it has been done recently. *</b>				
Referring Physician printed name	Signature	Date (yyyy/mm/dd)	Time	OHIP billing number



UNIVERSITY OF OTTAWA  
HEART INSTITUTE  
INSTITUT DE CARDIOLOGIE  
DE L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA

**DEMANDE DE CONSULTATION**  
**Clinique de consultation cardiologique**  
cardiologyreferralclinic@ottawaheart.ca

**TÉL. : 613-696-7000 x 15276**  
**TÉLÉC. : 613-696-7155**

- Consultation du médecin  
 Consultation de l'Urgence

Médecin de famille	Régime d'assurance-maladie de l'Ontario ou : <input type="checkbox"/> Autre province <input type="checkbox"/> Autre pays OU <input type="checkbox"/> Non disponible			
<b>Orienter vers :</b> <input type="checkbox"/> Premier cardiologue disponible <input type="checkbox"/> Cardiologue en particulier : _____				
<input type="checkbox"/> Service en particulier, selon le cas (p. ex., insuffisance cardiaque, arythmie ou autre) :				
<b>Degré d'urgence :</b> <input type="checkbox"/> Routine (de 4 à 6 semaines) <input type="checkbox"/> Urgence relative (de 1 à 2 semaines) <input type="checkbox"/> Urgence immédiate – Appeler le Service de cardiologie ou orienter vers le Service des urgences				
<b>Motifs de l'orientation/de la consultation :</b>				
<input type="checkbox"/> Douleurs thoraciques ou coronaropathie <input type="checkbox"/> Souffle ou valvulopathie <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque				
<input type="checkbox"/> Palpitations, syncope, arythmie <input type="checkbox"/> Cardiopathie congénitale <input type="checkbox"/> Deuxième avis médical				
<input type="checkbox"/> Évaluation préopératoire (intervention non cardiaque) Intervention : _____				
Planifiée Date de l'intervention : _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____				
Autres renseignements cliniques pertinents : _____ _____				
<b>Le patient a-t-il consulté un cardiologue à l'Institut de cardiologie dans les 2 dernières années?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Si oui, indiquez son nom : _____				
<b>Antécédents de cardiopathie :</b>				
<input type="checkbox"/> Infarctus du myocarde <input type="checkbox"/> Intervention coronarienne percutanée (ICP) <input type="checkbox"/> Intervention chirurgicale cardiaque				
<input type="checkbox"/> Stimulateur cardiaque ou défibrillateur automatique implantable (DAI) <input type="checkbox"/> Fibrillation auriculaire				
<input type="checkbox"/> Autre : _____				
<b>Facteurs de risque :</b>				
<input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Tabagisme <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Hyperlipidémie <input type="checkbox"/> Antécédents familiaux de coronaropathie				
Taille : _____ cm Poids : _____ kg <input type="checkbox"/> Autre : _____				
<b>Veillez joindre les renseignements les plus récents, si disponibles :</b>				
• Résultats d'analyses sanguines				
• ECG				
• Examens diagnostiques cardiaques				
• Dossiers médicaux pertinents (p. ex., visites au Service des urgences, consultations en cardiologie, hospitalisations)				
• Liste de médicaments à jour				
<b>* Veuillez noter que la Clinique d'aiguillage en cardiologie prescrira les examens diagnostiques requis en votre nom avant la consultation sauf si ceux-ci ont été réalisés récemment.*</b>				
Médecin orienteur (caractère d'imprimerie)	Signature	Date (aaaa/mm/jj)	Heure	N° facturation RAMO