

## DEMANDE DE CONSULTATION CARDIOLOGIQUE

Médecin demandeur:

**Tampon**

**du cabinet médical**

Degré d'urgence:

<input type="checkbox"/> urgent (1-3 jours)	<input type="checkbox"/> semi-urgent (4-10 jours)	<input type="checkbox"/> non-urgent / électif
---	---	---

Données du patient:

Nom, Prénom	Date de naissance
Rue et no.	Téléphone(s)
Lieu	Assurance

Traitement actuel:


Diagnosics / Questions:

<input type="checkbox"/> Maladie coronaire	<input type="checkbox"/> Consultation préopératoire
<input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque / cardiomyopathie	<input type="checkbox"/> HTA (réfractaire)
<input type="checkbox"/> Valvulopathie	<input type="checkbox"/> Dyspnée
<input type="checkbox"/> Palpitations / Troubles du rythme / FA	<input type="checkbox"/> Questions:
<input type="checkbox"/> Syncope	

Examen désiré:

<input type="checkbox"/> en fonction des diagnostics	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> Contrôle de pacemaker
<input type="checkbox"/> Echo de repos	<input type="checkbox"/> ECG d'effort / Test d'effort	<input type="checkbox"/> MAPA
<input type="checkbox"/> Echo de stress / d'effort	<input type="checkbox"/> Holter	<input type="checkbox"/> Autre:
<input type="checkbox"/> ETO (se fait à HFR FR)	<input type="checkbox"/> R-Test ("event recorder")	

**Laboratoire:** Merci de joindre les derniers résultats de labo.

**Remarques:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Type de réponse désirée:

<input type="checkbox"/> téléphone souhaité	<input type="checkbox"/> rapport écrit "pdf" électronique:	adresse e-mail svp
	<input type="checkbox"/> rapport écrit sous forme de fax:	no de fax svp
<input type="checkbox"/> rapport écrit par poste	<input type="checkbox"/> autre:	