



## DEMANDE DE SERVICE EN CARDIOLOGIE

### SVP, compléter la requête et faxer à 514-362-2837

Examen en externe       Examen à l'interne

- Examen :
- ECG (sans rendez-vous)
  - Holter, précisez:  24 hrs  48 hrs
  - MAPA
  - Épreuve d'effort avec consultation
    - Accès Rapide *(au congé de l'urgence seulement; le patient sera contacté le jour ouvrable suivant la réception de la requête pour une EE qui sera effectuée à l'intérieur des 3 prochains jours ouvrables)*
  - Écho transthoracique
  - Écho trans-oesophagien
  - Écho-stress (effort)

Consultation : S.V.P. complétez une demande de consultation (pas nécessaire si épreuve d'effort ou écho-stress demandé)

#### Pour l'utilisation exclusive des cardiologues/IPS cardio (Initiales)

Examen: \_\_\_\_ Écho de stress à la dobutamine (Écho-dobu)  
\_\_\_\_ Holter 7 jours

Suivi :  RF  SGP  SB  ET  SC (IPSSA)  Autre : \_\_\_\_\_

Délai: \_\_\_\_\_

#### Renseignements Cliniques: (S.V.P. écrire lisiblement)

Arrêter Béta-Bloquant et/ou Bloquant Canaux Calciques (BCC) 48 heures avant EE / Echo-stress / Echo-dobu:  OUI  NON

#### Médecin Référent : (S.V.P. écrire lisiblement)

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

No Pratique: 1 - \_\_\_\_\_

CC/MdF: \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date (aaaa-mm-jj): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_