



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): _____ - _____ - _____