

## DEMANDE D'EXAMEN (à faxer au 022 719 66 71)

### DONNEES CONCERNANT LE PATIENT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone privé : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Assurance : \_\_\_\_\_

### EXAMEN A ORGANISER

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Consultation  | <input type="checkbox"/> Enregistrement Holter                        |
| <input type="checkbox"/> Electrocardiogramme au repos  | <input type="checkbox"/> Enregistrement Remler                        |
| <input type="checkbox"/> Echographie standard  | <input type="checkbox"/> Enregistrement R-Test                        |
| <input type="checkbox"/> Echographie de stress à l'effort  | <input type="checkbox"/> Cardioversion électrique                     |
| <input type="checkbox"/> Echographie de stress à la<br>Dobutamine/Persantine   | <input type="checkbox"/> Scintigraphie myocardique sous<br>Persantine |
| <input type="checkbox"/> Test d'effort   | <input type="checkbox"/> Scintigraphie myocardique à l'effort         |
| <input type="checkbox"/> Consultation avant examen invasif<br>(coronarographie, angioplastie, dénervation<br>rénale, fermeture de l'auricule, fermeture FOP, TAVI) | <input type="checkbox"/> IRM cardiaque de stress                      |

### INDICATIONS

Renseignements cliniques :

---

---

---

Traitement en cours :

---

---

DATE

TAMPON DU MEDECIN DEMANDEUR

Résultats à envoyer par fax/mail/courrier