

F167

Bon d'examen

A FAXER AU 021 314 48 02

DEMANDE D'EXAMEN	Timbre du service	A L'USAGE DU SECRETARIAT DE CARDIOLOGIE
Date de la demande	Médecin référant : Nom et numéro de bip	Date du rdv : Heure du rdv : Convocation : <input type="checkbox"/>
Etiquette du patient		

Cocher ce qui convient :

- Electif (selon disponibilités) : Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi
- Demande prioritaire, non urgente
- Heure de préférence : Matin Après-midi

TYPE(S) D'EXAMEN(S)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Consultation | <input type="checkbox"/> R-Test : voir bon spécifique |
| <input type="checkbox"/> Ergométrie | <input type="checkbox"/> Bilan syncope |
| <input type="checkbox"/> Echocardiographie | <input type="checkbox"/> Reveal |
| <input type="checkbox"/> Echo-microbulles | <input type="checkbox"/> Echo de stress : voir bon spécifique |
| <input type="checkbox"/> Holter : voir bon spécifique | |

Patient connu du secteur cardio-PMU : Oui Non Si oui, suivi par : _____

Hospitalisation récente : Oui Non

Motif de l'examen : _____

Traitement actuel : _____

