

F167

## Bon d'examen

**A FAXER AU 021 314 48 02**

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

**Cocher ce qui convient :**

- Electif (selon disponibilités) : 
  Lundi 
  Mardi 
  Mercredi 
  Jeudi 
  Vendredi
- Demande prioritaire, non urgente

**TYPE(S) D'EXAMEN(S)**

- Holter (joindre ECG)**  
 **R-Test (joindre ECG)**

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

Patient hospitalisé  Patient ambulatoire

**A compléter impérativement pour obtenir un rendez-vous :**

- Motif de l'examen : .....
- Cardiopathie connue: .....
- Symptômes: .....
- Si connue, la fraction d'éjection VG : .....
- Traitement actuel :  
.....  
.....  
.....

**Médecin traitant** : nom + coordonnées

.....

