

DEMANDE D'EXAMENS COMPLEMENTAIRES DE CARDIOLOGIE

Cette demande doit **obligatoirement** être remplie par le médecin demandeur, puis envoyée selon les modalités ci-dessous. **Veillez SVP faire suivre les dits du patient.**

	Sion	Sierre	Martigny	Montana
Contact téléphonique	8686	7545	9839	8196
Envoi de la demande	Déposer dans la boîte aux lettres «bons d'examens» à l'étage C ou envoyer par courriel (épreuves fonctionnelles – sion)	Déposer dans la boîte aux lettres de la réception «épreuves fonctionnelles» ou envoyer par courriel (oncologie – sierre)	Déposer dans la boîte aux lettres «salle d'examens», lieu : admissions des urgences ou envoyer par courriel (martigny – salle d'examens)	Déposer dans la boîte aux lettres de la réception «fonctions pulmonaires» ou envoyer par courriel (CVP – Fonctions pulmonaires)

Demandeur :
Date :
Tél. :
Site / service :
Copie à :

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
N° du patient :

Poids :
Taille :

Ou coller ici le dito

➤ EXAMENS DEMANDES

ECG <input type="checkbox"/>	Rééducation cardiaque <input type="checkbox"/>
ECG d'effort cardiaque <input type="checkbox"/>	Holter* <input type="checkbox"/>
Remler <input type="checkbox"/>	R-Test * <input type="checkbox"/>

*Pour l'interprétation des Holter et R-Test, un ECG est nécessaire.

Motifs de l'examen :

FRCV :

Diabète HTA Tabagisme Dyslipidémie IR

Questions particulières :

Données cliniques et antécédents :

Médicaments en cours :