

DEMANDE D'ECHOCARDIOGRAPHIE

**Cette demande, dûment remplie par le médecin demandeur,
est traitée selon les modalités ci-dessous.**

	Sion	Sierre	Martigny	Montana
Contact téléphonique		7545	9839	8189
Envoi de la demande	Déposer dans la boîte aux lettres C042 étage C	Déposer dans la boîte aux lettres de la réception «épreuves fonctionnelles» ou envoyer par courriel (oncologie – sierre)	Déposer dans la boîte aux lettres du bureau 31036 au 1 ^{er} étage	Déposer dans la boîte aux lettres de la réception «salle des traitements» ou envoyer par courriel (CVP - salle des traitements)

Demandeur :
 Date :
 Tél. :
 Site :
 Service / étage :
 Chambre :

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

Ou coller le dito ici

Poids :

Taille :

DEGRE D'URGENCE : De suite

A prévoir le :

INDICATIONS A L'ECHOCARDIOGRAPHIE :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

MEDICAMENTS EN COURS :