

INSTALLATION : CMSSS de Windsor

DEMANDE D'EXAMEN SANS RENDEZ-VOUS
CARDIOLOGIE

DATE | Année | Mois | Jour

Date de naissance			N° de dossier		
Année	Mois	Jour			
N° d'assurance maladie					
Nom à la naissance			Prénom		
Adresse					
Ville		Code postal		N° de téléphone	
Nom de la mère			Prénom de la mère		
Nom du père			Prénom du père		

ÉCHELLE DE PRIORITÉ CLINIQUE : B : Inférieure ou égale à 10 jours C : Inférieure ou égale à 28 jours
 D : Inférieure ou égale à 3 mois (90 jours)

Locomotion usager	Prévention des infections		
<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Civière <input type="checkbox"/> Chaise roulante	<input type="checkbox"/> Contact <input type="checkbox"/> Aérienne <input type="checkbox"/> Gouttelettes <input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Contact + <input type="checkbox"/> Aérienne et contact <input type="checkbox"/> Gouttelettes et contact <input type="checkbox"/> Neutropénique	<input type="checkbox"/> Contact E <input type="checkbox"/> Aérienne-contact-oculaire <input type="checkbox"/> Gouttelette-contact-oculaire
AVEC RENDEZ-VOUS		SANS RENDEZ-VOUS	
Télécopier la requête au 819 845-4269 . Le Service d'imagerie médicale communiquera avec l'utilisateur pour fixer le rendez-vous.		L'utilisateur doit se présenter au Service d'imagerie médicale du lundi au vendredi <u>seulement</u> entre 8 h et 14 h. Le service est fermé les fins de semaine et jours fériés.	
Holter <input type="checkbox"/> 24 heures	Monitoring ambulatoire de pression artérielle <input type="checkbox"/> 24 heures	Électrocardiogramme <input type="checkbox"/> ECG	

Symptômes et médicaments		
SYMPTÔMES		MÉDICAMENTS
<input type="checkbox"/> Sans antécédent	<input type="checkbox"/> Infarctus ancien	<input type="checkbox"/> Antidépresseur
<input type="checkbox"/> Angine	<input type="checkbox"/> Infarctus aigu	<input type="checkbox"/> Bêtabloqueur
<input type="checkbox"/> Douleurs thoraciques	<input type="checkbox"/> Arythmie	<input type="checkbox"/> Diurétique
<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Pacemaker	<input type="checkbox"/> Digoxine
<input type="checkbox"/> Cardiomyopathie	<input type="checkbox"/> Hypertension artérielle (HTA)	<input type="checkbox"/> Inhibiteurs calciques (Ca+)
<input type="checkbox"/> Déséquilibre électrolytique	<input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)	

Autre(s) symptôme(s) ou médicament(s) :

Renseignements cliniques obligatoires (précisez : histologie, extension, question clinique, etc.)

--

Point de service du médecin référent

N° téléphone : _____ N° télécopieur : _____
 Nom du point de service : _____
 Médecin en copie conforme et n° de permis : _____

ESTAMPE



Signature du médecin référent

Nom en caractère d'imprimerie

N° de permis

Date