

DEMANDE D'EXAMEN

(À faxer au 022 719.66.71 ou par e-mail à cabinet.bettoni@latour.ch)

DONNEES CONCERNANT LE PATIENT

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone privé : _____

Mobile : _____

Assurance : _____

Date de naissance : _____

EXAMEN A ORGANISER

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Consultation | <input type="checkbox"/> Enregistrement Holter |
| <input type="checkbox"/> Électrocardiogramme au repos | <input type="checkbox"/> Enregistrement Remler |
| <input type="checkbox"/> Échographie standard | <input type="checkbox"/> Échographie trans-œsophagienne |
| <input type="checkbox"/> Échographie de stress à l'effort | <input type="checkbox"/> Cardioversion électrique |
| <input type="checkbox"/> Échographie de stress à la Dobutamine | <input type="checkbox"/> R-test |
| <input type="checkbox"/> Échographie de stress à la Persantine | <input type="checkbox"/> Scintigraphie myocardique sous Persantine |
| <input type="checkbox"/> Test d'effort | <input type="checkbox"/> Scintigraphie myocardique à l'effort |
| <input type="checkbox"/> Consultation avant examen invasif
(coronarographie, angioplastie, dénervation rénale,
fermeture de l'auricule, fermeture FOP, TAVI) | <input type="checkbox"/> IRM cardiaque de stress |

INDICATIONS

Renseignements cliniques :

Traitement en cours :

DATE

TAMPON DU MEDECIN DEMANDEUR