



DEMANDE DE RÉFÉRENCE
CLINIQUE DE MALADIES CARDIAQUES SUBAIGUÉS

Si besoin : Hôpital Enfant-Jésus : (418) 649-0252 poste 6480 Hôpital St-Sacrement : (418) 649-0252 poste 7590

FAXER : HEJ 7598 HSS 7552

*** Remettre cette feuille au patient ***

Date de la demande : _____

Provenance : Unité de cardiologie Service d'urgence** Clinique externe de cardiologie

** Pour les patients provenant de l'urgence, SVP faxer aussi la consultation de cardiologie au # 5809

Usager à voir : D'ici une semaine D'ici deux semaines D'ici un mois D'ici deux mois
 Autre : _____

DEMANDE DE SERVICE :

Diagnostic :

But de la demande :

Examens à prévoir :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ions | <input type="checkbox"/> Digoxinémie |
| <input type="checkbox"/> Urée, créatinine | <input type="checkbox"/> ECG |
| <input type="checkbox"/> FSC | <input type="checkbox"/> Radiographie pulmonaire |
| <input type="checkbox"/> Calcium, magnésium, phosphore | <input type="checkbox"/> Échographie cardiaque |
| <input type="checkbox"/> Bilan hépatique (Bilirubine, AST, ALT, LDH, GGT) | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| <input type="checkbox"/> Peptide natriurétique de type B (BNP) | _____ |
| <input type="checkbox"/> INR | _____ |

Signature médecin