

## DEMANDE D'EXAMEN

### CARDIOLOGIE

HÔPITAL ET CENTRE D'HÉBERGEMENT ARGYLL ET D'YOUVILLE

CENTRE D'HÉBERGEMENT SAINT-JOSEPH

CENTRE D'HÉBERGEMENT SAINT-VINCENT

Examen demandé pour le :

Année

Mois

Jour

Locomotion usager	Préventions 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"/> Gouttelettes-contact-oculaire
Risques liés à l'usager			
<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Chute <input type="checkbox"/> Fugue <input type="checkbox"/> Condition de santé : _____ <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____			
Holter	Monitoring ambulatoire de pression artérielle		Électrocardiogramme
<input type="checkbox"/> 24 heures	<input type="checkbox"/> 24 heures		<input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Bande de rythme
Symptômes et médicaments			
<b>Symptômes :</b> <input type="checkbox"/> Sans antécédent <input type="checkbox"/> Cardiomyopathie <input type="checkbox"/> Douleurs thoraciques <input type="checkbox"/> Infarctus aigu <input type="checkbox"/> Angine <input type="checkbox"/> Arythmie <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle (HTA) <input type="checkbox"/> Infarctus ancien <input type="checkbox"/> MPOC <input type="checkbox"/> Pacemaker <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Déséquilibre électrolytique <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____			
<b>Médicaments :</b> <input type="checkbox"/> Antidépresseur <input type="checkbox"/> Bêtabloqueur <input type="checkbox"/> Diurétique <input type="checkbox"/> Digoxine <input type="checkbox"/> Inhibiteur Ca+ <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____			
Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires			
Identification du médecin référent et du point de service			ESTAMPE
Nom du médecin référent		N° permis	
Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste	Ind. rég.    N° de télécopieur
Nom du point de service			
Signature		Date (année, mois, jour)	
Médecin en copie conforme :			N° permis :