

# Centre régional de santé de North Bay

ECG

## Demande de services cardiorespiratoires

Le patient souffre-t-il d'une coronaropathie?  Non  Oui  Ne sait pas

Pour cet examen, j'ai demandé au patient de cesser de prendre les médicaments suivants :

Bêtabloqueurs  Non  Oui  
Bloqueurs calciques  Non  Oui

(Le médecin traitant doit remplir cette partie.)

<input type="checkbox"/> <b>ECG</b>	Date :	Heure :
<input type="checkbox"/> <b>MONITEUR HOLTER</b> Nombre d'heures : <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 48 <input type="checkbox"/> 72	Date :	Heure :
Préparatifs : Prendre un bain ou une douche le matin de l'examen. Ne pas mettre de poudre, de crème ou de parfum sur la poitrine (désodorisant OK). Porter des vêtements deux pièces – <b>pas de robe.</b>		
<input type="checkbox"/> <b>ÉPREUVE D'EFFORT</b>	Date :	Heure :
<input type="checkbox"/> <b>ÉPREUVE D'EFFORT MIBI</b>	Date :	Heure :
<input type="checkbox"/> <b>ÉPREUVE D'EFFORT AVEC PERSANTINE</b>	Date :	Heure :
Raison de l'examen / Symptômes :		
Tension artérielle	Poids : _____ kg	Taille : _____ cm
Médicaments :		

Date : \_\_\_\_\_ Signature du médecin: \_\_\_\_\_  
Nom (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

**Veillez télécopier la demande dûment remplie au Service d'ECG au 705 495-8116.**

Renseignements : Service d'ECG, 705 474-8600, poste 4531

NON URGENT	SEMI-URGENT	URGENT
6-8 semaines	15 jours	24-48 heures – Téléphoner à l'interniste de garde