



Cabinet de cardiologie
Dr méd. Cédric Lehner
 Spéc. FMH en cardiologie et médecine interne

DEMANDE DE CONSULTATION

Merci d'organiser l'examen suivant :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Consultation cardiologique | <input type="checkbox"/> Echocardiographie standard |
| <input type="checkbox"/> ECG | <input type="checkbox"/> Echocardiographie de stress sous Dobutamine |
| <input type="checkbox"/> Holter-ECG | <input type="checkbox"/> Contrôle pacemaker |
| <input type="checkbox"/> « R-Test »
(ECG événementiel de longue durée) | <input type="checkbox"/> IRM cardiaque morphologique |
| <input type="checkbox"/> Test d'effort (ergométrie)
(prendre affaires de sport, possibilité de se
doucher sur place) | <input type="checkbox"/> IRM cardiaque de perfusion sous Adénosine |
| <input type="checkbox"/> Mesure de la tension artérielle/24h
(MAPA, Remler) | |

Coordonnées patient :

Nom et prénom :
 Adresse :

Date de naissance :
 Tél privé/natel :
 Mail :

Renseignements cliniques :

.....

Urgent OUI NON

Comorbidités /antécédents :

.....

Traitement :

.....

MERCI DE JOINDRE LE DERNIER LABORATOIRE

Médecin demandeur :

