



Patient / Patiente : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 T l phone : \_\_\_- \_\_\_- \_\_\_ Date de naissance jour\_\_\_/ mois\_\_\_/ ann e \_\_\_  
 N° OHIP : \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
 M decin traitant : \_\_\_\_\_ N° facturation OHIP : \_\_\_\_\_

Consultation Cardiologie :

Examen Requis :

- preuve d'effort
- chocardiographie / Doppler
- Surveillance Holter
- Capteur de tension art rielle en ambulatoire
- Cardiologie nucl aire
  - preuve d'effort avec Thallium (OCC)
  - Persantine Thallium (OCC)
  - preuve d'effort avec MIBI (OCC E)
  - Persantine MIBI (OCC E)
  - Angiographie isotopique

**Indication :**

- douleur thoracique
- palpitation
- syncope
- souffle
- fonction ventriculaire gauche
- autres \_\_\_\_\_
- dyspn e
- isch mie
- d faillance cardiaque

**Urgence :**  Jours  Semaines

Ant c dents m dicaux : \_\_\_\_\_

Infarctus du myocarde : \_\_\_\_\_  Sonde intracardiaque : \_\_\_\_\_

Angioplastie : \_\_\_\_\_  Pontage : \_\_\_\_\_

M dicaments : \_\_\_\_\_

Facteurs de risques :  Hypertension  Usage du tabac  Diab te

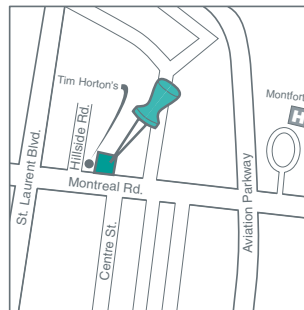
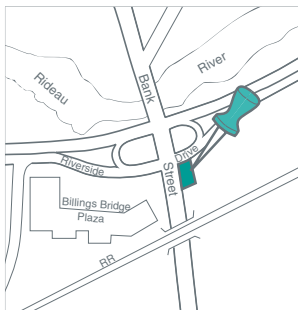
Ant c dents familiaux  Hyperlipid mie : CT : \_\_\_TG : \_\_\_HDL : \_\_\_LDL : \_\_\_

Signature du m decin : \_\_\_\_\_ Date:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Location de pr f rence :

Ottawa Cardiovascular Centre

502-1355 Bank Street,  
Ottawa, Canada K1H 8K7  
Tel: 613-738-0088  
Fax: 613-738-9097



Ottawa Cardiovascular Centre East

204-595 Montreal Rd.,  
Ottawa, Canada K1K 4L2  
Tel: 613-749-5421  
Fax: 613-749-6621