

# Référence générale en cardiologie

<b>Patient</b> Nom Prénom Rue NP / Lieu Date naiss. N° AVS Téléphone Mail	<b>Destinataire</b> GLN Mail RCC	
<b>Assurance</b> Adresse  GLN	<b>Loi/Case</b> Motif du traitem. Loi N° d'assuré N°/Date d'acc.	
<b>Date de l'examen</b> <input type="checkbox"/> urgente <input checked="" type="radio"/> Patient se présente	<input type="radio"/> Prendre rendez-vous dès le <input type="radio"/> Rendez-vous pris le ::	
<b>Examen demandé</b> <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> ECG 72h <input type="checkbox"/> Contrôle de tension artérielle 24h <input type="checkbox"/> Ergométrie de stress <input type="checkbox"/> Echocardiographie de stress	<input type="checkbox"/> ECG 24h <input type="checkbox"/> ECG à long terme / Holter ECG <input type="checkbox"/> Echocardiographie <input type="checkbox"/> Contrôle du stimulateur cardiaque	<input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser)
<b>Indication / Question</b>	Si vous avez des problèmes d'espace, vous pouvez utiliser le champ supplémentaire à la page suivante	
<b>Médecin</b>	<input type="checkbox"/> Médecin = médecin de famille	
Mail GLN Tél.	<b>Médecin de famille</b>	<input type="checkbox"/> Copie des résultats au médecin de fam.
Date		
<b>Transmission électronique</b>		

## Remarques