



CCM Demande d'examen

Merci d'effectuer :

- Test d'effort (ergométrie)
- Mesure de la tension artérielle sur 24heures (MAPA)
- Holter (enregistrement ECG sur 24heures)
- R-test (enregistrement ECG sur 7 jours)
- Echocardiographie transthoracique (ETT)
- Echocardiographie de stress à l'effort
- Echocardiographie de stress sous Dobutamine
- Echocardiographie trans-oesophagienne (ETO)
- Scintigraphie myocardique sous Persantine ou à l'effort (à préciser)
- IRM cardiaque de stress sous Adénosine
- Consultation pour avis cardiologique
- Bilan après AVC (ETT, R test, Doppler carotidien, si indiqué recherche FOP et ETO)
- Autre (à préciser) :

Concerne le patient suivant :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

N° de tel privé : _____ N° de Natel : _____

Renseignements cliniques : _____

Traitements : _____

Délai de réalisation : _____

Commentaires : _____

Médecin demandeur : _____

Examen à effectuer par :

- Dr. S. Zaza
- Dr. D. Fournet
- Dr. S. Zaza ou Dr. D. Fournet

A envoyer par fax ou email

Programmation directe par téléphone du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 13h à 16h

CCM T 022 719 77 01 F 022 719 77 02 e-mail : info@ccm-cardio.ch