

FICHE DE LIAISON TELECARDIOLOGIE

Prise de RDV :

- directement à la pharmacie de la Vallée de l'Ouche pour MAPA de la Vallée
 - Ou 03 73 27 54 33 en tapant 3

MAPA

Holter Rythmique

Expertise urgente : Oui Non

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse : _____

Téléphone : _____

Numéro de sécurité sociale :

Le patient a-t-il donné son consentement : oui personnellement

oui par une personne de confiance

PARTIE A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LE MEDECIN TRAITANT

DATE DE PRESCRIPTION : _____ MEDECIN TRAITANT : _____

MOTIF DE LA DEMANDE : Diagnostic HTA Dyspnée
 Palpitations Lipothymies
 Autre

DONNEES CLINIQUES : Poids : _____ Taille : _____

Périmètre abdo : _____

FC : _____ Tension systolique : _____ tension diastolique : _____

Tension artérielle : /

PROBLEME POSE :

.....
.....
.....

EXAMEN ENVOYE (OBLIGATOIRE) : ECG HOLTHER

HISTOIRE DE LA MALADIE / SYMPTOMES :

Ancienneté de la maladie : jours semaines mois année

Commentaires :

.....
.....

Données cliniques :

SCORE DE CHADSVAGSC :

Insuffisance cardiaque

HTA

Age > 75 ans

Signature :

Cachet :