Date de la demande: Choisissez une date

**DEMANDE D’EXAMENS CARDIOLOGIQUES à envoyer par mail à :**

**examenscoro\_ep@hopitalvs.ch**

Médecin demandeur: Choisissez un élément.

Médecins traitants (généraliste/cardiologue): Insérer texte ici.

Opérateur(trice) : Choisissez un médecin

**Identités & coordonnées du patient :**

Nom : Insérer texte ici.

Dito du patient

Prénom : Insérer texte ici.

Date de naissance : Insérer texte ici.

Sexe : M [ ]  F [ ]

IPP : Insérer texte ici.

Téléphone(s) : Insérer texte ici.

Adresse : Insérer texte ici.

**Examens & interventions demandés :**

1. Salle de cathétérisme : Choisissez un élément.
2. Salle d’électrophysiologie : Choisissez un élément
3. Salle d’endoscopie : Choisissez un élément
4. Bloc opératoire & autres : Choisissez un élément.
5. Epreuves fonctionnelles : Choisissez un élément. Choisissez un élément.

**Indications & compléments d’informations cliniques:**

Insérer texte ici.

**Type de séjour & Durée:**

Date de l’examen: Choisissez une date

Heure d’admission : Insérer texte ici. Ambulatoire : oui [ ]  non [ ]  A jeun : oui [ ]  non [ ]

Si hospitalisé : le jour-même [ ]  la veille [ ]  Durée (jours) : Insérer texte ici.

Date d’hospitalisation : Choisissez une date Heure d’admission : Insérer texte ici.

Isolement : MRSA [ ]  Autre [ ]

Examen effectué sous : anesthésie locale [ ]  AG [ ]

Allergie : oui [ ]  non [ ]  Détails : Insérer texte ici. Préparation antiallergique à prévoir : [ ]

**Renseignements généraux & données patients:**

Insuffisance rénale : oui [ ]  non [ ]  Préparation rénale à prévoir : [ ]

Dialyse : oui [ ]  non [ ]  Détails : Insérer texte ici.

Diabète : oui [ ]  non [ ]  Metformine : oui [ ]  non[ ]  dernière prise le : Cliquer pour entrer une date

**Lettres & dossiers & labo:**

Documents : par mail  [ ]  par courrier [ ]  documents scannés dans Phoenix [ ]  Autres  [ ]

Patient déjà convoqué : oui  [ ]  non  [ ]

Dossier à sortir des archives (si antécédents PAC…) : oui [ ]  non [ ]

Laboratoire : déjà fait par le MT ou le cardiologue [ ]  à faire à l’hôpital [ ]  sera fait en ville [ ]

Détails de la PS : [ ]  selon type d’examens rajouts : Insérer texte ici.

**Traitements :**

Antiagrégants : oui [ ]  non [ ]

ASA [ ]  Plavix® (clopidogrel) [ ]  Brilique® (ticagrelor) [ ]  Effient® (prasugrel)[ ]

Anticoagulation : oui [ ]  non [ ]

Sintrom® [ ]  Marcoumar® [ ]  Xarelto® (rivaroxaban) [ ]

Pradaxa® (dabigatran) [ ]  Eliquis® (apixaban) [ ]  Lixiana® (edoxaban) [ ]

Dernière dose à prendre le : Cliquer pour entrer une date matin : [ ]  soir : [ ]

Relais anticoagulation par injection : oui [ ]  non [ ]  Détails : Insérer texte ici.

Dernière injection le : Cliquer pour entrer une date matin : [ ]  soir : [ ]

Bétabloquants : oui [ ]  non [ ]  Détails : Insérer texte ici.

Dernière dose à prendre le : Cliquer pour entrer une date matin : [ ]  soir : [ ]

Antiarythmiques**:** oui [ ]  non [ ]  Détails : Insérer texte ici.

Dernière dose à prendre le : Cliquer pour entrer une date matin : [ ]  soir : [ ]