



**Centre
cardiovasculaire**
DE LA MAURICIE

6500 Boul. Gene H. Kruger, TR, G9A 4P
Téléphone 819-375-4313, fax 819-378-7897
www.ccvm.ca
secretariat@ccvm.ca

| | | |
|----------------------|---------------|-----------------|
| Date de naissance | N° de dossier | |
| N° assurance maladie | | |
| Nom à la naissance | Prénom | |
| Adresse | | |
| Ville | Code postal | N° de téléphone |

CLINIQUE D'OPTIMISATION - INSUFFISANCE CARDIAQUE

CLINIQUE CARDIOMÉTABOLIQUE

RC: _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dyslipidémie-optimisation de la médication | <input type="checkbox"/> Évaluation d'un traitement anti thrombotique à long terme |
| <input type="checkbox"/> MCAS-optimisation de la médication | <input type="checkbox"/> Hypertension-optimisation de la médication |
| <input type="checkbox"/> Investigation de la maladie vasculaire périphérique | <input type="checkbox"/> Réadaptation des patients avec claudication |

AUTRES SERVICES DEMANDÉS

RC: _____

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Consultation seulement | <input type="checkbox"/> Consultation + tapis roulant |
| <input type="checkbox"/> ECG au repos | <input type="checkbox"/> Échographie cardiaque au repos (non couvert) |
| <input type="checkbox"/> Holter 24-48h / <input type="checkbox"/> monitoring 14 jrs fréq card (non couvert) | <input type="checkbox"/> Réadaptation cardio-pulmonaire (non couvert) |

À PRÉVOIR POUR LA PREMIÈRE VISITE

- Un court résumé du dossier
- Laboratoires : FSC, Électrolytes, Urée, Créatinine, Hb1Ac bilan lipide, BNP

Nom du médecin traitant : _____

Signature du médecin : _____

Date : ____ / ____ / ____
Année/ mois / jour