Date de la demande: Choisissez une date

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

[**examenscoro\_ep@hopitalvs.ch**](mailto: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 :