

## DEMANDE D'ECHOCARDIOGRAPHIE

**Cette demande, dûment remplie par le médecin demandeur,  
est traitée selon les modalités ci-dessous.**

	Sion	Sierre	Martigny	Montana
Contact téléphonique		7545	9839	8189
Envoi de la demande	Déposer dans la boîte aux lettres C042 étage C	Déposer dans la boîte aux lettres de la réception «épreuves fonctionnelles» ou envoyer par courriel (oncologie – sierre)	Déposer dans la boîte aux lettres du bureau 31036 au 1 <sup>er</sup> étage	Déposer dans la boîte aux lettres de la réception «salle des traitements» ou envoyer par courriel (CVP - salle des traitements)

Demandeur :  
Date :  
Tél. :  
Site :  
Service / étage :  
Chambre :

Nom - Prénom :  
Date de naissance :  
N° du patient :

*Ou coller le dito ici*

Poids :

Taille :

DEGRE D'URGENCE :  De suite

A prévoir le :

INDICATIONS A L'ECHOCARDIOGRAPHIE :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

MEDICAMENTS EN COURS :