

FORMULAIRE REQUÊTE E.S.S. CARDIO+

Date :

Consentement patient **obligatoire**

J'atteste avoir recueilli le consentement du patient pour une prise en charge par l'E.S.S. Cardio+.

Information requérant

Nom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>
Adresse professionnelle : <input type="text"/>	
Structure d'appartenance : <input type="text"/>	
Préciser le nom : <input type="text"/>	
Téléphone : <input type="text"/>	Mail : <input type="text"/>
Le requérant intervient en tant que : <input type="text"/>	

Information patient

Nom : <input type="text"/>	Nom de naissance : <input type="text"/>
Prénom : <input type="text"/>	NIR : <input type="text"/>
Date de naissance : <input type="text"/>	Code postal de naissance : <input type="text"/>
Rang (si jumeau. A défaut, renseigner 1) : <input type="text"/>	Sexe : <input type="text"/>
Lieu de résidence actuel du patient : <input type="text"/>	
Le cas échéant préciser le nom de l'établissement : <input type="text"/>	
Téléphone : <input type="text"/>	Adresse : <input type="text"/>
Médecin traitant : <input type="text"/>	Cardiologue traitant : <input type="text"/>
Poids : <input type="text"/> kgs	Taille : <input type="text"/> cms

Facteurs de risques cardiovasculaires (**réponses obligatoires**) :

Tabac :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Paquets / an : <input type="text"/>	HTA :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Stop tabac :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Année arrêt : <input type="text"/>	Hérédité CV :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Dyslipidémie :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu		Sédentarité :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Diabète :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Type : <input type="text"/>	Durée : <input type="text"/>	HBA1 : <input type="text"/> %

Antécédents cardiovasculaires (**réponses obligatoires**) :

Angor :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Insuffisance cardiaque :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Angioplastie coronaire :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Maladie Thrombo-embolique :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Pontage coronaire :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Traitement anticoagulant au :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu

		long cours :	
Trouble du rythme :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Stimulateur cardiaque :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
AIT-AVC :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	SAS appareillé :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Chirurgie cardiaque :	Pontage	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Date : <input type="text"/> Description : <input type="text"/>
	Valvulaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Date : <input type="text"/> Description : <input type="text"/>
Autres à préciser :			
<input type="text"/>			

Antécédents non cardio-vasculaires :

BPCO	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu		
Asthme sévère :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu		
Fibrose pulmonaire :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu		
Insuffisance rénale :	Non dialysée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Date : <input type="text"/>
	Dialysée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Date : <input type="text"/>
Fibrose :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu		
Cancer évolutif :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Description :	<input type="text"/>
Autres à préciser :			
<input type="text"/>			

Motif de consultation E.S.S. (au moins une réponse) :

<input type="checkbox"/> Douleur thoracique	<input type="checkbox"/> Dyspnée	<input type="checkbox"/> Palpitation
<input type="checkbox"/> Syncope	<input type="checkbox"/> Suivi cardiopathie ischémique	<input type="checkbox"/> Suivi insuffisance cardiaque
<input type="checkbox"/> Suivi trouble du rythme	<input type="checkbox"/> Suivi stimulateur cardiaque	<input type="checkbox"/> Avis cardiologique ponctuel
<input type="checkbox"/> Somnolence diurne - ronflement important		
Symptomatologie actuelle (à préciser) <i>Veillez préciser ici le motif de votre demande :</i>		
<input type="text"/>		

Documents à joindre obligatoirement :

Ordonnances en cours	Fourni : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
----------------------	--

Dernière lettre cardiologique	Fourni : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Compte-rendu d'hospitalisation	Fourni : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dernière biologie	Fourni : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Autres documents joints :

ECG	Fourni : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres (à préciser)	