



Hôpital Montfort

713 chemin Montréal, Ottawa, ON, K1K 0T1

☎ 613-746-4621 poste 4125

Fax : 613-748-4913

Service de santé cardiovasculaire et pulmonaire

DEMANDE DE CONSULTATION – EXTERNE

Nom :
Prénom :
Sexe :
Date de naissance :
Adresse :

Téléphone principale :
Autre téléphone :
Numéro carte santé :
Expiration :

Référence en RÉADAPTATION PULMONAIRE selon le diagnostic :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Bronchiectasie |
| <input type="checkbox"/> Fibrose pulmonaire | <input type="checkbox"/> MPOC (<i>Maladie pulmonaire obstructive chronique</i>) |
| <input type="checkbox"/> Autres : _____ | |

Référence en RÉADAPTATION CARDIAQUE selon le diagnostic :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> STEMI | <input type="checkbox"/> NSTEMI (<i>Syndrome coronarien aigu</i>) |
| <input type="checkbox"/> Angine stable | <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque |
| <input type="checkbox"/> Arythmie | <input type="checkbox"/> Pontage aorto-coronarien (x _____) |
| <input type="checkbox"/> Angioplastie | <input type="checkbox"/> Transplantation cardiaque |
| <input type="checkbox"/> Remplacement/réparation valvulaire | <input type="checkbox"/> Stimulateur cardiaque |
| <input type="checkbox"/> Défibrillateur interne à synchronisation automatique (<i>DISA</i>) | |

Autres conditions médicales pertinentes :

Afin d'accélérer le processus de consultation, veuillez inclure (si disponible):

-**Sommaires** (*congé de l'hôpital, consultations, prélèvements sanguins*)

-**Rapports cardiaques** (*angiogramme, pontage aorto-coronarien, échocardiogramme, épreuve à l'effort*)

-**Rapports pulmonaires** (*fonctions pulmonaires complètes, spirométrie simple*)

Signature du médecin référent : _____

CPSO : _____ # Facturation : _____ Date : _____