

DEMANDE DE TELEEXPERTISE EN CARDIOLOGIE Expert Dr Dejean

FORMULAIRE DEMANDEUR

Informations patient

NOM Prénom* :

Né(e) le* :

Lieu de naissance* :

Sexe* :

Numéro sécurité sociale* :

Régime assurance maladie* :

Qualité du bénéficiaire* :

NIR bénéficiaire (si différent assuré) :

Téléphone patient :

E-mail patient :

Provenance patient : Domicile ou structure

Adresse postale :

Les champs marqués d'une * sont nécessaires pour la facturation

Poids (en kg) :

Taille (en cm) :

IMC :

Médecin adresseur

Le requérant est le médecin adresseur : ☐ Oui ☐ Non

Prénom Nom :

RPPS :

Etablissement :

Demande

Motif de consultation : ☐ HTA ☐ Palpitations ☐ Dyspnée ☐ Lipothymies

Problème posé :

Examen envoyé (obligatoire) : ☐ ECG ☐ Holter

Tension artérielle : /

Histoire de la maladie / Symptômes :

▼ **Score de CHADSVAGSC**

- ☐ Insuffisance cardiaque
- ☐ HTA
- ☐ Age > 75 ans
- ☐ Diabète
- ☐ ATCD AVC ou AIT
- ☐ ATCD de maladie vasculaire (AOMI, SCA...)
- ☐ Age compris entre 65 et 74 ans
- ☐ Femme

Facteurs de risque cardiovasculaire :

Antécédents cardiaques :

Traitement :

Pièce(s) jointe(s) au formulaire :

☐ Oui ☐ Non

Si la demande est complète, valider et signer :