

## DEMANDE DE TELEEXPERTISE EN CARDIOLOGIE

### 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 :**