



CNM08121

**DEMANDE DE SERVICE EN ÉLECTROPHYSIOLOGIE
(CLIENTÈLE AMBULATOIRE)**

No dossier		
Nom, Prénom de l'usager		
DDN	N° d'assurance maladie	Exp.
Adresse		
N° téléphone		
N° téléphone (autre)		

Transmettre la page 1 par télécopieur au guichet d'accès santé physique (GASP) au 514 495-6777 sauf si exception, suivre les consignes ci-dessous

Installation désirée : Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal Hôpital Fleury Hôpital Jean-Talon

Date de la demande de consultation : AAAA/MM/JJ

Raison de consultation/Échelle de priorité clinique : B : ≤ 10 jours C : ≤ 28 jours D : ≤ 3 mois E : ≤ 6 mois

Renseignements cliniques/antécédents :

1^{ère} demande d'examen Examen de contrôle. Indiquer le site du 1^{er} examen et la date : _____ AAAA/MM/JJ

Holter 24 h
 Holter 48 h

Holter 7 jours Examen disponible à l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal seulement

Électrocardiogramme au repos (ECG) **HSCM, HF** : Compléter le formulaire et référer usager directement à la clinique de cardiologie sans rendez-vous

HJT : Transmettre au guichet.imagerie.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca

Cardiologie Monitoring ambulatoire de pression artérielle (MAPA) **HSCM, HF** : Modalité non disponible

HJT : Transmettre guichet.imagerie.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca

Électroencéphalogramme de base (EEG) **HSCM, HF** : Télécopier le formulaire au 514 338-2265

Électroencéphalogramme de sommeil, HJT seulement (EEG) **HJT** : Transmettre au guichet.imagerie.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca

Cardiologie épreuve d'effort (ECG à l'effort) Bruce standard
FC à atteindre : _____ % Protocole Ramp 6 8 10 12 14 16
 Autre :

Pour établir un diagnostic, indiquer s'il est cliniquement permis de **cesser 48 h** : Bêtabloqueurs Oui Non
 Bloqueurs de canaux calciques Oui Non
 Nitrates et anti-angineux Oui Non

Priorité selon le médecin référent :

B : ≤ 10 jours C : ≤ 28 jours D : ≤ 3 mois E : ≤ 6 mois 12 mois Autre :

Pour joindre le guichet d'accès santé physique (GASP) : Téléphone : (514) 495-6680
Télécopieur : (514) 495-6777 Courriel : guichet.imagerie.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca

Médecin référent	Nom		N° de permis	Estampe
	N° de téléphone	N° de poste	N° de télécopieur	
	Nom de la clinique			
	Signature			
Identification du médecin de famille	Nom		N° de permis	<input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille <input type="checkbox"/> SVP envoyer copie du rapport au médecin de famille
	Nom de la clinique			