ÉLECTROCARDIOGRAPHIE

A)

DT9053

Nom de l'établissement _____

E.C.G. antérieur au C.H. ☐ Oui ☐ Non

URGENT ☐ Oui ☐ Non

☐ Au lit ☐ Au laboratoire ☐ E.C.G. au repos ☐ E.C.G. à l'effort

Masse (kg) _____ Taille _____ T.A. _____

Opération prévue ☐ Oui ☐ Non Si oui, date _____

☐ Préparation digitalique Cessée depuis _____ ☐ Quinidine Cessée depuis _____

☐ Autres médicaments _____

Diagnostic(s) et autres renseignements _____

Année Mois Jour

Date Heure : Signature

B) COMPTE RENDU

SI L'ESPACE EST INSUFFISANT, utiliser la partie 4.

Année Mois Jour

Date Heure : Signature du cardiologue

ÉLECTROCARDIOGRAPHIE

A)

DT9053

Nom de l'établissement _____

E.C.G. antérieur au C.H. ☐ Oui ☐ Non

URGENT ☐ Oui ☐ Non

☐ Au lit ☐ Au laboratoire ☐ E.C.G. au repos ☐ E.C.G. à l'effort

Masse (kg) _____ Taille _____ T.A. _____

Opération prévue ☐ Oui ☐ Non Si oui, date _____

☐ Préparation digitalique Cessée depuis _____ ☐ Quinidine Cessée depuis _____

☐ Autres médicaments _____

Diagnostic(s) et autres renseignements _____

Année Mois Jour

Date Heure :

Signature _____

B) COMPTE RENDU

Année Mois Jour

Date Heure :

Signature du cardiologue _____

ÉLECTROCARDIOGRAPHIE

A)

DT9053

Nom de l'établissement

E.C.G. antérieur au C.H. ☐ Oui ☐ Non

URGENT ☐ Oui ☐ Non

☐ Au lit ☐ Au laboratoire ☐ E.C.G. au repos ☐ E.C.G. à l'effort

Masse (kg) _____ Taille _____ T.A. _____

Opération prévue ☐ Oui ☐ Non Si oui, date _____

☐ Préparation digitalique Cessée depuis _____ ☐ Quinidine Cessée depuis _____

☐ Autres médicaments _____

Diagnostic(s) et autres renseignements _____

Année Mois Jour

Date Heure : Signature

B) COMPTE RENDU

Année Mois Jour

Date Heure : Signature du cardiologue

ÉLECTROCARDIOGRAPHIE

A)

DT9053

Nom de l'établissement _____

E.C.G. antérieur au C.H. ☐ Oui ☐ Non

URGENT ☐ Oui ☐ Non

☐ Au lit ☐ Au laboratoire ☐ E.C.G. au repos ☐ E.C.G. à l'effort

Masse (kg) _____ Taille _____ T.A. _____

Opération prévue ☐ Oui ☐ Non Si oui, date _____

☐ Préparation digitalique Cessée depuis _____ ☐ Quinidine Cessée depuis _____

☐ Autres médicaments _____

Diagnostic(s) et autres renseignements _____

Année Mois Jour

Date Heure : _____ Signature

B) COMPTE RENDU (suite)

SI L'ESPACE EST INSUFFISANT, utiliser le formulaire AH-600-6 ou AH-601-2 « Suite de rapport ».

Année Mois Jour

Date Heure : _____ Signature du cardiologue