



# CARDIAC DIAGNOSTICS REQUISITION DEMANDE POUR UN EXAMEN CARDIAQUE

## Cardiopulmonary Services-Services cardio-pulmonaire

Outpatient-Patient externe       Inpatient-Patient hospitalisé

URGENT       ROUTINE

Chart No.-N° de dossier

Last name-Nom

First Name-Prénom

DOB-DDN      S

Address-Adresse

Postal Code-Code postal

Phone no.-N° téléphone

H-D

W-T

Provincial Ins. No.-N° Plan Assurance

Version

Expiration (date)

### CONSULTATION OUT-PATIENT-CONSULTATION POUR PATIENT EXTERNE

**General Campus Général**      Facsimile 739-6727

**Riverside Campus Riverside**      Facsimile 738-8332

To see-Pour voir Dr : \_\_\_\_\_

First available cardiologist-Premier cardiologue disponible

### NUCLEAR CARDIOLOGY-CARDIOLOGIE NUCLÉAIRE

**General Campus Général**      Main floor-Rez-de-chausée      Tel.-Tél. 613 737-8395      Facsimile 613 739-6635

Treadmill Nuclear Stress Testing-Épreuve à l'effort avec imagerie nucléaire sur tapis roulant      weight-poids : \_\_\_\_\_ kg, lb

Dipyridamole Nuclear Stress-Épreuve à l'effort Dipyridamole

Dobutamine Nuclear Stress-Épreuve à l'effort Dobutamine

Gated Blood Pool Scan (MUGA)-Ventriculographie isotopique

Cardiac Medication-Médicaments pour le cœur

Continue-Continuer       Hold/Discontinue (for diagnostic purposes)-Suspendre/Arrêter (aux fins de diagnostic)

### NON INVASIVE CARDIOLOGY-CARDIOLOGIE NON INVASIVE

**General Campus Général**

**Riverside Campus Riverside**

Module R

6<sup>th</sup> floor-6<sup>e</sup> étage

Tel.-Tél. 613 737-8255

Tel.-Tél. 613 738-8238

Facsimile 613 737-8257

Facsimile 613 738-8332

Echocardiography-Échocardiographie     

Transesophageal echocardiogram-Échocardiogramme transesophagienne     

Treadmill Stress Testing-Épreuve à l'effort sur tapis roulant     

Treadmill Stress-Echo-Échocardiographie à l'effort sur tapis roulant     

Dobutamine Stress-Echo-Échocardiographie avec Dobutamine     

Holter Monitor-Surveillance électrocardiographique       24 hr       48 hr     

Loop Recorder-Enregistreur d'événements Loop     

Other-Autre :     

### INDICATION

.....  
.....

Printed name-Nom en lettres moulées

Signature (Physician-Médecin)

cc Family Physician-Médecin de famille

Date (yyaa-mm-dj)