

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

### Identité du patient :

**Nom :** ..... **Prénom :** ..... **Date naiss. :** .....

**Adresse :** ..... **Tél :** .....

**Assurance :** .....

**Médecin traitant : Dr. ....** **Cardiologue : Dr. ....**

### Provenance du patient :

**HUG** **Unité :** ..... Hospitalisé le : .....

**Hôpital de la Tour** Date de sortie de l'Hôpital : .....

Début souhaité de la réadaptation : .....

**Autre :** .....

### Diagnostic :

**Infarctus du myocarde**

**Chirurgie cardiaque ou des gros vaisseaux** (aorte thoracique ou abdominale)

**Insuffisance cardiaque** (avec ou sans hospitalisation préalable)

**Angioplastie simple** (angor stable ou SCA sans nécrose myocardique)

**Autre :** .....

### Principaux renseignements cliniques (y-compris résultats des examens essentiels : coronarographie/US ♥)

.....  
.....  
.....

**FRCV :** tabagisme (actif/passif), HTA, dyslipidémie, DM, AF, obésité, sédentarité, autre.....

**Traitement actuel :** .....

**Ergométrie précoce post-infarctus** : (doit être impérativement effectuée avant le début de la réadaptation post-infarctus)

Date : ..... Résultat : .....

Demande effectuée par le Dr : ..... Bip/tél : .....

Date et signature : .....

Formulaire à nous retourner au Fax 022 719 63 38

Début effectif de la réadaptation : ..... (à remplir par Cardio-Tour)