

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 par e-mail : cardioresp@latour.ch

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