



# Hôpital Montfort

713 chemin Montréal, Ottawa, ON, K1K 0T1

☎ 613-746-4621 poste 4125

Fax : 613-748-4913

## Service de santé cardiovasculaire et pulmonaire

DEMANDE DE CONSULTATION – EXTERNE

Nom :  
Prénom :  
Sexe :  
Date de naissance :  
Adresse :

Téléphone principale :  
Autre téléphone :  
Numéro carte santé :  
Expiration :

### Référence en RÉADAPTATION PULMONAIRE selon le diagnostic :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asthme             | <input type="checkbox"/> Bronchiectasie   |
| <input type="checkbox"/> Fibrose pulmonaire | <input type="checkbox"/> MPOC ( <i>Maladie pulmonaire obstructive chronique</i> ) |
| <input type="checkbox"/> Autres : _____     |   |

### Référence en RÉADAPTATION CARDIAQUE selon le diagnostic :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> STEMI  | <input type="checkbox"/> NSTEMI ( <i>Syndrome coronarien aigu</i> ) |
| <input type="checkbox"/> Angine stable  | <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque                     |
| <input type="checkbox"/> Arythmie   | <input type="checkbox"/> Pontage aorto-coronarien ( x _____ )       |
| <input type="checkbox"/> Angioplastie   | <input type="checkbox"/> Transplantation cardiaque                  |
| <input type="checkbox"/> Remplacement/réparation valvulaire                                   | <input type="checkbox"/> Stimulateur cardiaque                      |
| <input type="checkbox"/> Défibrillateur interne à synchronisation automatique ( <i>DISA</i> ) |   |

### Autres conditions médicales pertinentes :

### Afin d'accélérer le processus de consultation, veuillez inclure (si disponible):

- Sommaires (*congé de l'hôpital, consultations, prélèvements sanguins*)
- Rapports cardiaques (*angiogramme, pontage aorto-coronarien, échocardiogramme, épreuve à l'effort*)
- Rapports pulmonaires (*fonctions pulmonaires complètes, spirométrie simple*)

Signature du médecin référent : \_\_\_\_\_

# CPSO : \_\_\_\_\_ # Facturation : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_