

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (OBLIGATOIRES)
Un examen par requête seulement

Médication actuelle: _____

Médecin requérant (lettres moulées): _____

Médecin de famille (lettres moulées): _____

Signature du médecin requérant: _____

Numéro de licence du médecin requérant: _____

Date de prescription: _____

(plaquer la carte de l'hôpital)

Nom: _____

Date de naissance: _____

Numéro tél. (jour): _____

La requête ORIGINALE est obligatoire la journée de l'examen même si elle a déjà été télécopiée.

1- HOLTER

Utiliser le formulaire: *Demande de service pour Holter/Détecteur d'arythmie*

2- CARDIOMÉMO (se fait au CSAL)

Utiliser le formulaire: *Demande de service pour Holter/Détecteur d'arythmie*

3- ÉCHOGRAPHIE CARDIAQUE

Utiliser le formulaire: *Demande de service en échographie cardiaque*

4- ÉLECTROCARDIOGRAPHIE AU REPOS:
(sans rendez-vous 8h00 à 11h30 et 13h00 à 15h15)

- ECG routine
- ECG routine + bande de rythme
- ECG stat

5- ÉLECTROCARDIOGRAPHIE À L'EFFORT

Informations au client:

- dernier repas 1 1/2 heures avant l'examen
- apporter un bon soulier de marche

6- MAPA (moniteur de pression artérielle)
(cet examen se fait au CSAL)

7- ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE À L'ÉVEIL

Informations au client:

- avoir mangé avant l'examen
- avoir les cheveux propres

8- ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE SOUS SOMMEIL

Informations au client:

- même préparation qu'un EEG à l'éveil
- ne pas avoir dormi depuis minuit
- aucun excitant (café, thé, cola, chocolat, etc.)
- être accompagné

9- ÉLECTROMYOGRAPHIE

Utiliser le formulaire: *Consultation en neurologie adulte-CRV*

Toutes les demandes doivent être faxées au 1-833-669-2400

Pour prendre rendez-vous, téléphoner du lundi au vendredi (sauf les jours fériés) entre 8h00 et 16h00

au 1-833-622-1309

Vous devrez avoir **vos requête originale en main** lors de votre examen ainsi que la liste à jour de vos médicaments