

## FORMULAIRE REQUÊTE E.S.S. CARDIO+

Date :

### Critères d'éligibilité

Prise en charge non urgente (48h)     Patient vulnérable/ dépendant     Absence de suivi cardiologique

### Information requérant

Nom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>
Adresse professionnelle : <input type="text"/>	
Appartenance éventuelle à M.S.P. ou C.P.T.S. (préciser le nom) : <input type="text"/>	
Téléphone : <input type="text"/>	Mail : <input type="text"/>
Le requérant intervient en tant que : <input type="text"/>	

### Information patient    **consentement patient**

Nom : <input type="text"/>	Nom de naissance : <input type="text"/>
Prénom : <input type="text"/>	NIR : <input type="text"/>
Date de naissance : <input type="text"/>	Code postal de naissance : <input type="text"/>
Rang de naissance : <input type="text"/>	Sexe : <input type="text"/>
Téléphone : <input type="text"/>	Adresse : <input type="text"/>
Médecin traitant : <input type="text"/>	Cardiologue traitant : <input type="text"/>

### Facteurs de risques cardiovasculaires (réponses obligatoires) :

Tabac :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Paquets / an : <input type="text"/>	HTA :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Stop tabac :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Année arrêt : <input type="text"/>	Hérédité CV :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Dyslipidémie :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu		Sédentarité :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Diabète :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Type : <input type="text"/>	Durée : <input type="text"/>	

### Antécédents cardiovasculaires (réponses obligatoires) :

Angor :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Insuffisance cardiaque :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Angioplastie coronaire :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Maladie Thrombo-embolique :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Pontage coronaire :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Traitement anticoagulant au long cours :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Trouble du rythme :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Stimulateur cardiaque :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
SAS appareillé :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Autres à préciser : <input style="width: 100%;" type="text"/>	

Antécédents non cardio-vasculaires :

--

Motif de consultation E.S.S. (au moins une réponse) :

<input type="checkbox"/> Douleur thoracique	<input type="checkbox"/> Dyspnée	<input type="checkbox"/> Palpitation
<input type="checkbox"/> Syncope	<input type="checkbox"/> Suivi cardiopathie ischémique	<input type="checkbox"/> Suivi insuffisance cardiaque
<input type="checkbox"/> Suivi trouble du rythme	<input type="checkbox"/> Suivi stimulateur cardiaque	<input type="checkbox"/> Avis cardiologique ponctuel
<input type="checkbox"/> Somnolence diurne - ronflement important		

Symptomatologie actuelle (à préciser) *Veillez préciser ici le motif de votre demande :*

--

Documents à joindre **obligatoirement** :

Ordonnances en cours	Fourni : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dernière lettre cardiologique	Fourni : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Compte-rendu d'hospitalisation	Fourni : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dernière biologie	Fourni : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Autres documents joints :

ECG	Fourni : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres (à préciser)	