



**Cabinet de cardiologie**  
**Dr méd. Cédric Lehner**  
 Spéc. FMH en cardiologie et médecine interne

**DEMANDE DE CONSULTATION**

**Merci d'organiser l'examen suivant :**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Consultation cardiologique  | <input type="checkbox"/> Echocardiographie standard                  |
| <input type="checkbox"/> ECG   | <input type="checkbox"/> Echocardiographie de stress sous Dobutamine |
| <input type="checkbox"/> Holter-ECG  | <input type="checkbox"/> Contrôle pacemaker                          |
| <input type="checkbox"/> « R-Test »<br>(ECG événementiel de longue durée)  | <input type="checkbox"/> IRM cardiaque morphologique                 |
| <input type="checkbox"/> Test d'effort (ergométrie)<br>(prendre affaires de sport, possibilité de se<br>doucher sur place) | <input type="checkbox"/> IRM cardiaque de perfusion sous Adénosine   |
| <input type="checkbox"/> Mesure de la tension artérielle/24h<br>(MAPA, Remler)   |  |

**Coordonnées patient :**

Nom et prénom :  
 Adresse :

Date de naissance :  
 Tél privé/natel :  
 Mail :

**Renseignements cliniques :**

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

**Urgent**       OUI                       NON

**Comorbidités /antécédents :**

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

**Traitement :**

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

**MERCI DE JOINDRE LE DERNIER LABORATOIRE**

**Médecin demandeur :** .....

