



St-Alphonse de Granby T 450 991.3838 | F 450 378.6656

St-Jean-sur-Richelieu T 450 741.7888 | F 450 741.9111

Drummondville T 819 857.1797 | F 819 857.1760

Sherbrooke T 819 481.3838 | F 819 200.2011

Sans frais | 877-408-3838 | info@laclefdusommeil.ca | www.laclefdusommeil.ca

Patient

Sexe: Femme Homme

Nom et Prénom _____

DDN _____ Tél. domicile _____

Test CARDIOSTAT

Durée: 48 heures 7 jours 14 jours

Raison de la prescription (cochez tout ce qui s'applique)

Fibrillation/Flutter auriculaire

AVC/AIT

Suivi ablation

Syncope

Palpitations

Autre (spécifiez) : _____

Autre raison de la prescription _____

Pour les clients âgés de moins de 16 ans

Après évaluation clinique, je recommande la réalisation de ce test, habituellement réservé à une clientèle de 16 ans et plus.

Spécifications / notes _____

ESTAMPE

Signature _____

Licence _____

Date _____

Fax _____