

☐ **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 _____