



MOCLI60679

Installation : _____

ÉCHOGRAPHIE CARDIAQUE MÉDECINE INTERNE

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

Médecin requérant : _____

Raison de l'examen : _____

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

☐ S/O

- ☐ MCAS : _____
- ☐ Antécédents familiaux de MCAS ☐ Insuffisance cardiaque : _____
- ☐ Remplacement valve aortique : _____ ☐ Remplacement valve mitrale : _____
- ☐ Hypertension artérielle ☐ Dyslipidémie ☐ Diabète
- ☐ Autre : _____

HABITUDES DE VIE

☐ S/O

- ☐ Tabac : _____ ☐ Alcool : _____ ☐ Drogue : _____

HISTOIRE DE LA MALADIE ACTUELLE

- ☐ Douleur rétrosternale : _____ ☐ Dyspnée : _____
- ☐ Dyspnée nocturne paroxystique ☐ Orthopnée ☐ Œdème membres inférieurs
- ☐ Palpitations : _____ ☐ Syncope : _____

EXAMEN PHYSIQUE

Tension artérielle : _____ Fréquence cardiaque : _____

Cœur : B1 : _____ B2 : _____ B3 : _____ B4 : _____ Apex : _____

Souffle : _____ Frottement : _____

Poumons : _____ Abdomen : _____ Membres inférieurs : _____

ÉCHOGRAPHIE CARDIAQUE → VOIR RAPPORT CI-JOINT

IMPRESSION

RECOMMANDATIONS

Signature du médecin : _____ # permis : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj