

Rapport cardiovasculaire

Examens cardiologiques 1 & 2

Nom et prénom de la personne à assurer _____ Date de naissance _____

QUELLES QUE SOIENT LES RÉPONSES DONNÉES DANS CE QUESTIONNAIRE, VOUS ÊTES INVITÉ À LE TRANSMETTRE SOUS ENVELOPPE CONFIDENTIELLE CI-JOINTE À L'ATTENTION DU MÉDECIN CONSEIL DE CARDIF.

Date de l'examen _____

Facteurs de risques et antécédents personnels :

Nom et nature des traitements éventuellement suivis :

Tension artérielle : _____ / _____ _____ / _____ *contrôle après repos si nécessaire.*

Auscultation cardiaque :

Auscultation pulmonaire :

Axes artériels TSA :

Membres inférieurs :

Varices :

Electrocardiogramme

Rythme sinusal :

Axe de QRS : _____ Fréquence : _____

Durée du QRS : _____ Axe de P : _____

Repolarisation : _____ Durée du PR : _____

Conclusions

Signature et Cachet du Médecin examinateur

