

**TOUS LES NOUVEAUX PATIENTS DOIVENT ÊTRE RECOMMANDÉS  
PAR UN MÉDECIN.**

**TOUTES LES RECOMMANDATIONS SONT TRIÉES.**

**S'IL S'AGIT D'UNE RECOMMANDATION URGENTE EXIGEANT UNE  
ÉVALUATION EN MOINS DE 48 HEURES, VEUILLEZ APPELER LE  
NUMÉRO PRINCIPAL DU CHEO (613 737-7600) ET DEMANDER LE  
CARDIOLOGUE DE SERVICE**

**RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION**

Date de réception :

j \_\_\_\_\_ m \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**FORMULAIRE DE RECOMMANDATION À LA CLINIQUE DE  
CARDIOLOGIE**

**Envoyer au :** Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario  
Section de cardiologie  
401, chemin Smyth  
Ottawa (Ontario)  
K1H 8L1

**Télécopieur :** 613 738-4835



**RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT (en caractères d'imprimerie) :**

Nom du patient :

Date de naissance : (j) / (m) / (a)

Adresse :

Ville :

Province :

Code postal :

Téléphone :

Téléphone au travail :

Numéro d'assurance santé :

**RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN (en caractères d'imprimerie) :**

Médecin orienteur :

Numéro de facturation du médecin :

Adresse du médecin :

Téléphone (ligne directe) :

**RAISON DE LA RECOMMANDATION**

**VEUILLEZ FOURNIR TOUS LES RÉSULTATS D'ANALYSE PERTINENTS**

**\*\* L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU UNE ÉVALUATION CARDIOLOGIQUE ?  OUI  NON**

**Antécédents familiaux pertinents :**

**Autres antécédents médicaux pertinents :**

**VEUILLEZ NOTER :** Le service des rendez-vous en cardiologie avertira la famille ou le professionnel de la santé lorsque le rendez-vous ou la réorientation aura été déterminé.