

## 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 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Axes artériels TSA : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Membres inférieurs : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Electrocardiogramme

Rythme sinusal : \_\_\_\_\_

Axe de QRS : \_\_\_\_\_ Fréquence : \_\_\_\_\_

Durée du QRS : \_\_\_\_\_ Axe de P : \_\_\_\_\_

Repolarisation : \_\_\_\_\_ Durée du PR : \_\_\_\_\_

#### Conclusions

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature et Cachet du Médecin examinateur

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

