



5515 Rue St-Jacques, Suite 106, Montréal, Québec, H4A 2E3
Courriel / E-mail: info@curasante.com Site Web / Web site: www.curasante.com
Tel + Fax : 514-824-2872

RÉQUISITION

DATE: _____ NOM/NAME: _____ TÉL: _____

RAMQ #: _____

- Le patient appellera pour prendre rv Appelez le patient pour lui réserver un rendez-vous
Patient will call to take apt Call patient to book them an appointment

LABORATOIRE PRIVÉ / PRIVATE LABORATORY

- Réquisition ci-joint / Requisition attached

Tests demandés/ Tests Requested

SERVICES DE CARDIOLOGIE / CARDIOLOGY SERVICES

- Électrocardiogramme au repos / Resting electrocardiogram
 Mapa 24 Heures / Abpm 24 hours
 CardioSTAT Holter: 48heures/hours 7 jours / days 14 jours / days

Renseignement cliniques / Clinical Information

PROCÉDURES / PROCEDURES

- Lavage d'oreille / ear wash
 Injection - vaccination / Injection - vaccination

Docteur / Doctor: _____ LIC # _____

Signature: _____ Clinique / Clinic : _____

Tél au bureau / Office Tel.#: _____ # Fax au bureau / Office Fax # : _____