



RÉQUISITION

DATE: _____ NOM/NAME: _____ TÉL: _____

RAMQ #: _____

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

LABORATOIRE PRIVÉ / PRIVATE LABORATORY

- Réquisition ci-joint / Requisition attached

Tests demander / Tests Requested

SERVICES DE CARDIOLOGIE / CARDIOLOGY SERVICES

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

Renseignement cliniques / Clinical Information

PROCÉDURES / PROCEDURES

VACCINS/VACCINES

- Shingrix Engerix B
- Twinrix Boostrix
- Pevnar 13 Td Absorb
- Pneumovax 23
- Gardasil

AUTRES / OTHER

- 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 #: _____