



UNIVERSITY OF OTTAWA
HEART INSTITUTE
INSTITUT DE CARDIOLOGIE
DE L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA

Timbre

Formulaire d'orientation vers la Clinique de l'aorte thoracique

Date de la demande :	_____	Médecin orienteur :	_____
Médecin de famille :	_____	Téléphone :	_____
Téléphone :	_____	Télécopieur :	_____
Télécopieur :	_____	N° de facturation :	_____
Nom du patient :	_____	Date de naissance (aaaa-mm-jj) :	_____
Adresse :	_____	Ville :	_____
Code postal :	_____	N° de carte d'assurance-maladie :	_____
Téléphone :	_____	NDM :	_____
Brève description des antécédents médicaux et motif de l'orientation :		_____	
_____		_____	
_____		_____	

Type de maladie aortique

- Anévrisme Dissection Ulcère pénétrant/hématome de paroi
 Autre

Emplacement de la maladie aortique

- Anneau aortique Aorte ascendante Arc aortique
 Aorte thoracique descendante Aorte abdominale
 Autre

Examens (réalisés au cours des 6 derniers mois) :

- Échographie Tomodensitométrie IRM
 Autre

Inclure les renseignements suivants, si disponibles, dans votre demande d'orientation par télécopie :

- Antécédents médicaux pertinents;
- Résultats d'imagerie (Veuillez inclure un CD d'images si les examens ont été effectués ailleurs qu'à L'HO.);
- Liste des médicaments actuels;

- Analyses sanguines récentes;
- Résultats de tout autre examen pertinent.

Veillez télécopier les demandes d'orientation au 613-969-7302.

**Téléphone : 613-696-7000 poste 67237
Courriel : aorticclinic@ottawaheart.ca**