



DEMANDE DE TEST HOLTER (SERVICE À DOMICILE)

Date : _____

Nom du patient : _____

Homme Femme

Date de naissance : _____

RAMO : _____ Code de version : _____

Médecin orienteur : _____

Numéro de facturation du médecin : _____

Signature : _____

Test : Holter 14 jours

Instructions : _____

J'aimerais que ce patient consulte à distance (télésanté) un cardiologue en arythmie si le test Holter donne des résultats cliniques significatifs.

Commentaires :

Demande imprimable :

<https://www.ottawaheart.ca/fr/professionnels-de-la-sant%C3%A9/aiguillage-de-patients/orientation-des-patients>