



Name / Nom : _____	DOB (d/m/y) / Date de naissance (j/m/a) : _____
Address / Nom : _____	Referring Physician / Nom : _____
_____	Copy to / Copie à : _____
_____	OHIP Number : _____
Telephone / Téléphone : _____	OHIP Billing : _____

Cardiology / Consultation cardiologie

- Specific MD / Médecin spécifique : _____
 - Cardiologist / Cardiovascular-Focused Internist / Cardiologue
 - Pediatric Cardiologist / Cardiologue pédiatrique
- Priority / Priorité** Routine Urgent

Stress Tests / Examens diagnostiques

- Exercise Stress Test / Épreuve d'effort cardiaque
- Myocardial Perfusion with Treadmill / Perfusion myocardique au tapis roulant
- Myocardial Perfusion with persantine (no exercise) / Perfusion myocardique au persantin (sans exercice)

Cardiac Structure & Function Assessment / Structure Cardiaque et évaluation fonctionnelle

- Echocardiogram / Échocardiogramme
- MUGA scan (Cardiac Gated blood pool study) / Ventriculographie isotopique

Monitoring / surveillance

- Holter Monitor / Moniteur Holter 48hrs
- Loop Montor 2 weeks / Moniteur loop 2 semaines

Clinical Information / Renseignements cliniques

Medical History / Antécédents médicaux : _____

Medications / Médicaments : _____

Risk Factors / Facteurs de risque : _____

Physician's Signature: _____	Date: _____
-------------------------------------	--------------------