



M R C 1 0 0 9

Nom de famille/Family name

No de dossier/Record No

Prénom/First name

Date de naissance/Date of birth

Téléphone/Telephone

No R.A.M.Q./Medicare No

Adresse/Address

Étude requise / Study Requested (One form per requested study)

Échocardiogramme trans-thoracique (ETT) /
Transthoracic Echocardiogram (TTE)

With saline injection

With contrast agent injection (if needed)

Première étude / New Study

ED IN OUT (next available appointment) Urgent (within _____ weeks)

(Nouvelle indication ou aucune étude antérieure / New indication or no previous study)

Étude de suivi / Follow-Up Study ED IN OUT (next available appointment) OUT (Target date: _____)

AAYY / MM

Date de la dernière étude (obligatoire) / Date of Last Study (Mandatory) _____

AAYY / MM / JD

Échocardiogramme transesophagien (ETO)

With saline injection

Transesophageal Echocardiogram (TEE)***

With contrast agent injection (if needed)

Renseignements cliniques pertinents / Relevant Clinical Information

Blank area for relevant clinical information.

CETTE SECTION EST OBLIGATOIRE ET DOIT ÊTRE LISIBLE, À DÉFAUT DE QUOI LA REQUÊTE VOUS SERA RETOURNÉE. /
THIS SECTION IS MANDATORY AND MUST BE WRITTEN LEGIBLY. IF NOT COMPLETED, THE REQUEST WILL BE RETURNED.

NOM ET PRÉNOM DU MÉDECIN RÉFÉRENT / LAST AND FIRST NAME OF REFERRING PHYSICIAN

SIGNATURE

LICENCE No

DATE

Grid for name and first name of referring physician.

X

LETTRES MOULÉES / PRINT

AAYY / MM / JD

ADRESSE PROFESSIONNELLE DU MÉDECIN RÉFÉRENT /
MAILING ADDRESS OF REFERRING PHYSICIAN

No téléphone / Phone

No télécopieur / Fax

Courriel (Optionnel) / Email (Optional):

NOM, PRÉNOM DU RÉSIDENT / NAME, FIRST NAME OF RESIDENT

X

SIGNATURE

COPIE À : NOM, PRÉNOM DU MÉDECIN / COPY TO: NAME, FIRST NAME OF PHYSICIAN

*** Pour l'ETO, le patient doit jeûner > 6 heures et ne peut conduire après l'examen / For the TEE, the patient must fast > 6 hours and cannot drive following the exam.