**Formulaire d’inscription – Admission au programme ambulatoire**

**Identité du patient :**

Nom :       Prénom :

Date de naissance :       N° AVS :

Adresse :

Tél. domicile :       Tél. mobile :

**Assurance maladie :**

Assurance de base :

Nom de l’assurance :       N° assuré :

Assurance complémentaire :

Nom de l’assurance :       N° assuré :

Type de couverture

**Médecin traitant : Cardiologue traitant :**

**Diagnostic(s) :**

[ ]  Infarctus du myocarde

[ ]  Chirurgie cardiaque ou des gros vaisseaux (aorte thoracique ou abdominale)

[ ]  Insuffisance cardiaque (avec ou sans hospitalisation préalable)

[ ]  Angioplastie simple (angor stable ou SCA sans nécrose myocardique)

[ ]  Autre :

**Principaux renseignements cliniques** (y compris résultats des examens essentiels : coronarographie, écho cœur, …)

.

**Facteurs de risques cardiovasculaires / Comorbidités**

[ ]  Tabagisme *(**[ ]  actif /* *[ ]  passif)* [ ]  Tabagisme ancien *(sevré le :* *)*

[ ]  Hypertension artérielle [ ]  Dyslipidémie [ ]  Diabète

[ ]  Anamnèse familiale positive [ ]  Obésité [ ]  Sédentarité

[ ]  Autre :

**Traitement actuel** :

**Ergométrie précoce post infarctus** *(doit être impérativement effectuée avant le début de la réadaptation post infarctus)* :

Date :       Résultat :

Demande effectuée par le Dr       Tél. :

Date et signature :

*Formulaire à nous retourner par* ***fax au 021 321 05 19*** *ou* ***par email à rcv@cvcl.ch***