



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

TIMBRE DE L'HÔPITAL

Demande d'orientation vers le Programme de soutien et de soins palliatifs cardiaques

Date de la demande :

Demandeur :

Tél. :

Télec. :

Fournisseur de soins de santé primaires :

Tél. :

Adresse :

Télec. :

Pharmacie :

Tél. :

Nom du patient :

Date de naissance (aa/mm/jj) :

Adresse :

Ville :

Numéro de carte santé :

Code postal :

Tél. :

NDM :

Résumé des antécédents médicaux et motif de la demande :

Le patient/mandataire est-il au courant de cette demande? OUI NON

Inclure si possible les renseignements suivants dans votre demande par télécopie :

- Antécédents médicaux pertinents
- Liste des médicaments du patient
- Analyses sanguines récentes
- Autres résultats pertinents (p. ex. : radiographie thoracique, tomodensitogramme, scintigraphie pulmonaire de ventilation-perfusion)

Prière de télécopier la demande au 613-696-7138

Courriel: supportivecare@ottawaheart.ca

Téléphone : 613 696-7000, poste 14188

40 RUE RUSKIN STREET, OTTAWA, ON K1Y 4W7

T 613.696.7000 WWW.OTTAWAHEART.CA