



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

Timbre

## Formulaire d'orientation vers la Clinique de l'aorte thoracique

Date de la demande :	_____	Médecin orienteur :	_____
Médecin de famille :	_____	Téléphone :	_____
Téléphone :	_____	Télécopieur :	_____
Télécopieur :	_____	N° de facturation :	_____
Nom du patient :	_____	Date de naissance (aaaa-mm-jj) :	_____
Adresse :	_____	Ville :	_____
Code postal :	_____	N° de carte d'assurance-maladie :	_____
Téléphone :	_____	NDM :	_____
Brève description des antécédents médicaux et motif de l'orientation :		_____	
_____		_____	
_____		_____	

### Type de maladie aortique

- Anévrisme     Dissection     Ulcère pénétrant/hématome de paroi  
 Autre

### Emplacement de la maladie aortique

- Anneau aortique     Aorte ascendante     Arc aortique  
 Aorte thoracique descendante     Aorte abdominale  
 Autre

### Examens (réalisés au cours des 6 derniers mois) :

- Échographie     Tomodensitométrie     IRM  
 Autre

Inclure les renseignements suivants, si disponibles, dans votre demande d'orientation par télécopie :

- Antécédents médicaux pertinents;
- Résultats d'imagerie (Veuillez inclure un CD d'images si les examens ont été effectués ailleurs qu'à L'HO.);
- Liste des médicaments actuels;

- Analyses sanguines récentes;
- Résultats de tout autre examen pertinent.

**Veillez télécopier les demandes d'orientation au 613-696-7302.**

**Téléphone : 613-696-7000 poste 67237  
Courriel : [aorticclinic@ottawaheart.ca](mailto:aorticclinic@ottawaheart.ca)**