

RAPPORT MEDICAL CARDIOVASCULAIRE



Pour avoir plus d'informations sur le Droit à l'oubli et sur cette grille de référence, vous pouvez consulter le site officiel de la convention AERAS : www.aeras-infos.fr

M. Mme Mlle **NOM et PRENOM** : Nom de j. fille :
 Date de naissance : Profession :
 Adresse :

ANTECEDENTS

EXAMEN CLINIQUE DU CŒUR

	INTERROGATOIRE	OUI	NON	COMMENTAIRES
1	Existe-t-il : - des douleurs précordiales suspectes ? - des œdèmes ? - une cyanose ? Y a-t-il eu - une crise d'OAP ? - des signes de claudication intermittente ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2	AUSCULTATION Les bruits du cœur sont-ils <u>anormaux</u> ? Existe-t-il un souffle ? - au niveau du cœur ? - au niveau des gros troncs artériels ? Ce souffle est-il organique ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Systolique ? Diastolique ?

TENSION ARTERIELLE		OUI	NON	COMMENTAIRES
	Précisez les chiffres :			1 ^{ère} mesure /Mm Hg
	En fin d'examen veuillez effectuer une deuxième mesure :			2 ^{ème} mesure /Mm Hg
RYTHME				
	Pouls au repos ?		 / mn
3	Pouls après 10 flexions profondes des genoux ?		 / mn
	La récupération est-elle anormalement longue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Y a-t-il arythmie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Y a-t-il des extrasystoles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre par minute :
NOTA :				
	Le pouls des artères radiales et pédieuses est-il Impalpable ou affaibli ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	L'indice oscillométrique a-t-il été recherché au Cours de l'examen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

EXAMEN ELECTROCARDIOGRAPHIQUE

ECG effectué le : / /

Rythme : Nature ? Fréquence ?

Onde P : Durée ? Axe ? Dimension ?

Intervalle PR : Durée ?

Complexe QRS : Durée ? Axe ? Forme ? Dimension ?

Segment ST :

Onde T :

Intervalle QT :

Existe-t-il

- Une onde Q pathologique ?
- Un bloc de branche ? Nature ?
- Des troubles de la conduction auriculo-ventriculaire ?

NOTA :

Existe-t-il un enregistrement pouvant servir de point de comparaison ?

Résultat d'une éventuelle scopie, échographie ?

INTERPRETATION CLINIQUE OU ELECTROCARDIOGRAPHIQUE

- Anomalies relevées ?

- Signification ?

- Valeur pronostique ?

TRAITEMENTS

• Chirurgical :

- date / / Motif :

- type d'intervention :

• Eventuelle 2^{ème} intervention :

- date / / Motif :

- type d'intervention :

• Médical :

Initial : Actuel :

.....

.....

.....

.....

TOUTES AUTRES REMARQUES EVENTUELLES

A Le 20 ..

Signature et cachet du Médecin