



**REQUÊTE CARDIO-PLUS**

CDL Id: \_\_\_\_\_ À l'usage du laboratoire seulement      Date: \_\_\_\_aaaa / mm / jj

Nom du médecin: \_\_\_\_\_

Nom de la clinique (si pertinent) \_\_\_\_\_

Nom du patient: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_aaaa / mm / jj

Medicare #: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Téléphone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Langue du rapport**

Français

Anglais

**ANALYSES**

- Profil Complet Plus** (CPP)  
 [ 18 composantes, Formule sanguine complète, Analyse d'urine, Profil Cardio-Plus]  
 Patient à jeun 12 heures
- Profil Cardio-Plus** (CARD)  
 [Rapport personnalisé, Cholestérol LDL & HDL, Triglycérides, Glucose]  
 Patient à jeun 12 heures

**AUTRES SERVICES DISPONIBLES**

- Moniteur de pression artérielle ambulatoire 24 heures<sup>1</sup>
- Moniteur cardiaque (Holter)<sup>1</sup>
- Échocardiogramme<sup>1,2</sup>
- Électrocardiogramme
- Stress Échocardiogramme<sup>1</sup>

**ANALYSES OPTIONELLES**

- Apolipoprotéine A1 (APOA)
- Apolipoprotéine B (APOB)
- Chylomycrons (CHYL)
- Homocystéine (HCYS)
- Protéine C-réactive ultra-sensible (CRPHS)
- Troponine T (TROPHS)
- CK (CK)
- CK-MB (CKMB)

1) Service disponible sur rendez-vous seulement à la Clinique de cardiologie CDL 514.731.4912  
 2) Utiliser la requête CDL Clinix.

**Informations cliniques (OBLIGATOIRES)**

1. Le patient fume t-il ?       Oui       Non (date d'arrêt : \_\_\_\_\_)

2. Le patient est-il diabétique ?       Oui       Non

3. Le patient a t-il des antécédents de maladie cardiaque ?       Oui       Non

4. Le patient a t-il de la famille immédiate ayant des antécédents de maladie cardiovasculaire ?  
 (Famille immédiate = Père, Mère, Enfant, Frère, Sœur)       Oui       Non

5. Quelle est la hauteur du patient?      \_\_\_\_\_       mètres       pieds

6. Quel est le poids du patient?      \_\_\_\_\_       kilogrammes       livres

7. Quelle est la mesure du tour de taille du patient?      \_\_\_\_\_       centimètres       pouces

8. Quelle est la mesure de la pression artérielle du patient?      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      mmHg

9. Le patient prend t-il des antihypertenseurs?       Non      Si oui, nommez les médicaments: \_\_\_\_\_

\*\*\* Les réponses à toutes les questions sont obligatoires afin de créer un rapport personnalisé \*\*\*  
 \*\*\* Un rapport de résultats sera envoyé dans les 24 heures suivant la réception de ce formulaire. \*\*\*