

COMPTE RENDU CARDIOVASCULAIRE

NOM : **PRENOM :** **CONTRAT :**

ANTECEDENTS

- Familiaux :
- Personnels (notamment RAA, interventions, transfusions et leur date) :
-
- Traitements récents ou en cours :

FACTEURS DE RISQUES ARTERIELS

- Tabac :
- HTA :
- Bilan biologique :
- Goutte :
- Alcoolisme :

SYMPTOMES FONCTIONNELS

- Dyspnée d'effort :
- Dyspnée de décubitus :
- Angor :
- Palpitations :
- Claudication intermittente :

EXAMEN CLINIQUE

- Cœur :
- Poumons :
- Artères :
- T.A.:
- Examen somatique :

TRACE ELECTROCARDIOGRAPHIQUE

- Rythme du sinus :
- Anomalie rythmologique :
- PR :
- Axe QRS :
- QRS :
- ST :
- T :

CONCLUSIONS

.....
.....

Date et Signature du médecin :