

Feuille de données personnelles

Nom: _____

Prénom: _____

Adresse: _____

Date de naissance: _____

Tél. privé: _____ Tél. professionnel: _____

Diagnostic

Coeur: _____

Autres: _____

Facteurs de risque: _____

Médicaments: _____

ECG d'effort

Date	Watt	Symptômes d'ischémie		Arythmies		Fréquence au repos	Fréquence maximale	Effort maximal
		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			

Autres remarques: _____

Lieu et date: _____ Timbre et signature: _____