

Inscription pour un contrôle angiologique / à convoquer

Information patient

Nom _____

Prénom _____

Date naissance _____ téléphone/natel _____

Adresse _____

Assurance maladie /accident _____

Anamnèse / status

Artères

- Doppler artériel
- Oscillogramme

- Mesure de pression O2/pression Hydrostatique

Veine

- Doppler veineux
- Pléthysmographie veineuse

Duplex

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Artères des MI | <input type="checkbox"/> Veines profondes des MI |
| <input type="checkbox"/> Artères intra-abdominales et dorsales | <input type="checkbox"/> Réseau veineux superficiel MI |
| <input type="checkbox"/> Artères rénales | <input type="checkbox"/> Profil veineux avant OP |
| <input type="checkbox"/> Artères des membres supérieurs | <input type="checkbox"/> Réseau veineux superficiel des membres supérieurs |
| <input type="checkbox"/> Fistule artério-veineuses/Shunt | |
| <input type="checkbox"/> Artères carotidienne et vertébrales | |
| <input type="checkbox"/> VARIANTES | <input type="checkbox"/> VARIANTES |

Remarques :

Médecin Nom Prénom (timbre) :

Annexes :