

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

- Artères des MI
- Artères intra-abdominales et dorsales
- Artères rénales
- Artères des membres supérieurs
- Fistule artério-veineuses/Shunt
- Artères carotidiennes et vertébrales
- VARIANTES

- Veines profondes des MI
- Réseau veineux superficiel MI
- Profil veineux avant OP
- Réseau veineux superficiel des membres supérieurs

- VARIANTES

Remarques :

Médecin Nom Prénom (timbre) :

Annexes :
