Centre Ellipse

19 rue du Fossé des Treize

67000 STRASBOURG

Téléphone : 03 88 85 99 50

Fax : 03 67 34 34 84

centre-ellipse@medical67.apicrypt.org

secretariat@centre-ellipse.fr

**Réadaptation cardiaque au Centre Ellipse**

 Date :

Bonjour,

Je vous prie de bien vouloir programmer au Centre Ellipse :

NOM : Prénoms :

Né.e le : Sexe

Téléphone :

Adresse :

Courriel du patient: @

**Médecin traitant :** Dr.

**Indications pour l'inclusion au Centre Ellipse :**

Réadaptation cardiaque après TAVI

Réadaptation cardiaque après chirurgie cardiaque

Réadaptation cardiaque après chirurgie vasculaire

Réadaptation cardiaque après SCA

Réadaptation cardiaque pour insuffisance cardiaque

Réadaptation cardiaque pour patient à très haut risque cardio-vasculaire

Réadaptation cardiaque : ablation d’arythmie ou implantation PM ou DAI

**Motif d’hospitalisation actuel :**

**Joindre impérativement le compte rendu provisoire d’hospitalisation**

*N'oubliez pas de transmettre le compte rendu définitif*

Médecin prescripteur : Dr.

Signature