



## Feuille de données personnelles

remplie par le médecin traitant

Prénom	Nom	
Adresse	NPA/Loc.	
Téléphone	Portable	
E-mail		
Date de naissance	femme	homme

### Diagnostic

Cœur

Autres

Facteurs de risque

### ECG d'effort

Date	Watts	Symptômes d'ischémie		Arythmies		Fréquence card. au repos	Fréquence card. max	Tension artérielle max.
		oui	non	oui	non			
		oui	non	oui	non			
		oui	non	oui	non			
		oui	non	oui	non			

Autres remarques

voir au dos

Prénom

Nom

Remarques complémentaires

Lieu/date

Cachet/signature

**Adresse du groupe**

Adresse

E-mail

NPA/Localité

Téléphone