

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

1. LISTE des CONTACTS

LES PROFESSIONNELS QUI ASSURENT MON SUIVI

Spécialité	Nom	Structure / Hôpital	Adresse	Téléphone
Mon Médecin Généraliste				
Mon Infirmière Libérale				
Mon Pharmacien				
Mon Cardiologue Traitant				
L'équipe de rythmologie assurant le télé-suivi de mon pacemaker/défibrillateur				
Le service hospitalier/clinique de cardiologie assurant le suivi de mon IC				
Mon Diététicien				
Mon Psychologue				
Mon laboratoire d'Analyses				

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

Spécialité	Nom	Structure / Hôpital	Adresse	Téléphone
Le service de réadaptation Cardiaque				
Mon kinésithérapeute				
Cellule de Coordination Insuffisance Cardiaque - télésurveillance				

Informations importantes :

.....
.....
.....
.....
.....