

NOM

PRÉNOM

SEXE

☐ M ☐ F

DATE DE NAISSANCE

ÂGE

ÉLECTROCARDIOGRAMME DE REPOS — INTERPRÉTATION

ECG FAIT LE

FRÉQUENCE CARDIAQUE (FC)

Rythme sinusal ?

☐ Oui ☐ Non

Trouble de conduction ?

☐ Oui ☐ Non

Trouble du rythme ?

☐ Oui ☐ Non

Anomalie de repolarisation ?

☐ Oui ☐ Non

Anomalies axiales ?

☐ Oui ☐ Non

Troubles de l'excitabilité ?

☐ Oui ☐ Non

MESURES			
AXE QRS (°)	PR (MS)	QRS (MS)	QT / QTC (MS)

CONCLUSION MÉDICALE

ÉVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE CARDIOVASCULAIRES (FRCV)

POIDS (KG)

TAILLE (CM)

IMC (KG/M²)

IMC ≥ 30 kg/m² retenu comme facteur de risque.

Tabagisme (actuel ou sevrage < 3 ans) ?

☐ Oui ☐ Non

INDICE TABAGIQUE (PAQUETS-ANNÉES)

Antécédents familiaux de pathologie cardio-vasculaire précoce ? (IDM ou mort subite < 55 ans chez un homme, < 65 ans chez une femme)

☐ Oui ☐ Non

Hypertension artérielle connue ? ($\geq 140/90$ mmHg ou traitement)

☐ Oui ☐ Non

MESURE TA REPOS (MMHG)

Hypercholestérolémie connue ? (LDL $\geq 1,6$ g/L = 4,1 mmol/L ou traitement hypolipémiant)

☐ Oui ☐ Non

DERNIER DOSAGE LDL (G/L OU MMOL/L)

DATE DERNIER DOSAGE

Diabète connu (type 1 ou 2) ? (glycémie à jeun $\geq 1,26$ g/L / 7,0 mmol/L ou HbA1c $\geq 6,5$ %)

☐ Oui ☐ Non

DERNIÈRE GLYCÉMIE (G/L OU MMOL/L)

DATE DERNIÈRE GLYCÉMIE

Conclusion — Nombre total de FRCV

Si ≥ 2 FRCV ou ECG anormal, un bilan cardiologique est obligatoire. Le certificat de non contre-indication cardio-vasculaire devra alors être délivré exclusivement par un cardiologue.

L'interprétation de l'ECG et l'évaluation des FRCV ont été réalisées par le Dr _____

SIGNATURE ET CACHET

DATE