

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](mailto:centre-ellipse@medical67.apicrypt.org)  
[secretariat@centre-ellipse.fr](mailto: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