



Dre S. Buyse
 Dr Y. Flattet.
 Dr H.Maye
 Dre E. Sollelis.
 Dr Scarpa
 Dre P. Hammond
 Dre A. Collin
 1ère disponibilité
 Identité du médecin demandeur: Dr

OGD	
Coloscopie	
Rectosigmoidoscopie	
Consultation	
Ultrason abdominal	
Fibroscan	
ERCP	
Coloscopie de dépistage cantonal (VD)	
Vidéocapsule du grêle	

INDICATION et QUESTIONS POSEES:

PATIENT
 -Nom:
 -Prénom:

 -Date de naissance:

 -Natel:

-Traitement en cours:

 -Allergies:

-Antécédents médicaux:

-Antécédents chirurgicaux abdominaux:

- Poids: - Taille: - SAOS: oui - non --
- Pace-maker-neurostimulateur-défibrillateur: oui - non -Traitement anticoagulant: oui -PRECISEZ:-
- Examen endoscopique préalable: oui- non Si oui, précisez:

-En cas de demande d'examen endoscopique, le patient souhaite-il rencontrer au cours d'une consultation au CYGNE le médecin opérateur avant l'intervention? Oui Non