



<b>OGD</b>	
<b>Coloscopie</b>	
<b>Rectosigmoidoscopie</b>	
<b>PEG</b>	
<b>Ultrason abdominal</b>	
<b>Fibroscan</b>	
<b>Consilium</b>	
<b>Coloscopie de dépistage cantonal (VD)</b>	
<b>Vidéocapsule du grêle</b>	

Dre S. Buyse   
  Dr Y. Flattet.   
  Dr H.Maye   
  Dre E. Sollelis  
 1ère disponibilité  
 Identité du médecin demandeur: Dr .....

**INDICATION et QUESTIONS POSEES:**

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX:**

-Nom du patient:  
 -Prénom du patient:  
 -Date de naissance du patient:  
 -Natel du patient:

-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