

Formulaire de convocation

Veuillez convoquer

Urgence

entre 1 à 4 semaines facultatif

Patient(e) Madame Monsieur

Nom: _____

Tél. privé: _____

Prénom: _____

Tél. mobile: _____

Rue/No: _____

Tél. prof.: _____

NPA/lieu: _____

E-mail: _____

Date de naissance: _____

Poids (kg): _____

Caisse maladie: _____

Taille (cm): _____

No.-Cada: _____

Examen demandé:

Endoscopie:

- Gastroskopie
- Coloscopie
- Rectoscopie
- Sonographie abdomen

Consultation:

- IBD
- Consultation en gastroentérologie
- Consultation en hépatologie
- Consultation anorectale
- Conseil en nutrition

Autre:

- Biopsie hépatique

Indication, thérapie précédente, diagnostic, question:

Facteurs de risque / comorbidités:

- BPCO / SOAS
- Diabète
- Grossesse / allaitement
- Allergies: _____
- Autre: _____

Traitement antiagrégant / anticoagulant:

- Aspirine (jamais nécessaire de l'arrêter)
- Plavix / Eflent / Brilique
- Sintrom / Marcoumar
- Xarelto / Eliquis / Pradaxa / Lixiana
- Héparine de bas poids moléculaire (LMWH)

Les rapports sont envoyés par e-mail.

Médecin: _____

Timbre/Signature: _____

Date: _____