

FORMULAIRE DE DEMANDE D'EXAMEN

ENDOSCOPIE ET CONSULTATION

à envoyer à : secretariat@cgbulle.ch

Date de la demande

INFORMATIONS PATIENT Mme Mr

Nom et prénom

Date de naissance

Adresse

NPA Ville

Tél

Mail

INFORMATION MEDECIN

Nom du cabinet (tampon)

Poids (kg) Taille (cm) ou BMI (kg/m²)  (bien remplir SVP)

COMORBIDITES :

- BPCO / SAOS	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	(si SAOS : appareillé oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>)
- Allergie	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
- Constipation	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
- Diabète	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Insuline Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
- Cardiopathie	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	GLP 1 Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
- Plavix/Effient/Brilique		Oui <input type="checkbox"/>	(jamais nécessaire d'arrêter l'ASS)
- Sintrom/Marcoumar		Oui <input type="checkbox"/>	
- Xarelto/Eliquis/autre AOD		Oui <input type="checkbox"/>	
- Autre comorbidité active :		

EXAMEN : Gastroscopie Colonoscopie Rectoscopie Consilium hépatologique
Suivi diététique Fibroscan Consilium gastroentérologique

Indication à l'examen (renseignements cliniques) :

Degré d'urgence urgent 2-6 sem > 8 sem

Médecin souhaité Dre Ruetsch Dr Luis Salvador

1^{er} disponible PD Dr Juillerat

**Si comorbidités merci de joindre
une liste de diagnostics** 