| Ne pas remplir. | | Pat N° | |
|---|---|---|---|
| Visa | | Médecin | |
| Recall | | | |
| Commentaire | | | |
| Planification | Gastro | Colo | Consult |

# Formulaire d'inscription

**Patient(e)** ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom _____
Prénom _____
Rue/No _____
NPA/lieu _____
Date de naissance _____

Tél. fixe _____
Tél. mobile _____
@ _____
Caisse maladie _____

Un formulaire complet assure un traitement rapide de l'inscription.

## Examen demandé

Endoscopies
- ☐ Gastroscopie
- ☐ Coloscopie
- ☐ ERCP (CPRE)
- ☐ Echo-endoscopie haute
- ☐ Echo-endoscopie basse
- ☐ Autres : _____

Consultations
- ☐ Gastroentérologie gén.
- ☐ MICI (IBD)
- ☐ Hépatologie

Examen fonctionnel
- ☐ Manométrie ano-rectale

Echographies
- ☐ Echographie abdomen
- ☐ Biopsie hépatique
- ☐ Ponction d'ascite

## Renseignements cliniques :

**Mention obligatoire** **Taille :** **cm ; Poids :** **kg**

Merci de joindre les résultats du bilan biologique/radiologique effectué

## Facteurs de risque / comorbidités :

- ☐ BPCO / SOAS
- ☐ Diabète IR
- ☐ Allergies : _____
- ☐ Grossesse / allaitement
- ☐ Pacemaker
- ☐ Défibrillateur implanté (ICD)
- ☐ Autres : _____

## Traitement antiagrégant / anticoagulant :

- ☐ Aspirine (jamais nécessaire de l'arrêter)
- ☐ Plavix / Efient / Brilique
- ☐ Sintrom / Marcoumar
- ☐ Xarelto / Eliquis / Lixiana / Pradaxa
- ☐ Héparine de bas pas moléculaire (HBPM)

**Médecin demandeur** (tampon/signature) Date :