

Formulaire d'inscription

Patient(e) ☐ Madame ☐ Monsieur

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

Ne pas remplir.		Pat N°	
Visa		Médecin	
Recall			
Commentaire			
Planification	☐ Gastroskopie	☐ Coloscopie	☐ Consultation

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

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

Examen demandé

Endoscopies

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

Consultations

- ☐ Gastroentérologie générale
- ☐ MICI (IBD)
- ☐ Hépatologie

Echographies

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

Examens fonctionnels

- ☐ Manométrie œsophagienne
- ☐ pH-impédancemétrie

Renseignements cliniques

<u>Mention obligatoire</u>	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 : _____