

Demande d'examen endoscopique

Données patient

Nom / Prénom

Date de naissance

Sexe Femme Homme

Adresse

Téléphone

Taille (cm)

Poids (kg)

Médecin demandeur

Nom / Prénom

Téléphone



- Allergie : Non Oui Si oui, lesquelles:
- Insuffisance rénale : Non Oui
- Pacemaker/défibillateur : Non Oui
- Co.morbidités : Non Oui si oui, lesquelles:



- Anticoagulation: Non Oui Si oui, lesquelles:
- Anti-aggrégation : Non Oui Si oui, lesquelles:

Examen endoscopique souhaité :

Gastroskopie Colonoscopie Vidéo-capsule

Indication à l'examen :

Médecins : Dr F. Viani Dr S.Henchoz 1ère disponibilité

Formulaire à retourner par :



- e-mail à **gastroriviera@svmed.ch**
- courrier à **Avenue Général Guisan 30B, 1800 Vevey**

Renseignements au **021 921 12 12**