

**Demande d'examen**    **Echographie hépatique**    **FibroScan®**

**Données patient**

Nom / Prénom

Date de naissance

Sexe    Femme    Homme

Adresse

Téléphone

Taille (cm)

Poids (kg)

**Médecin demandeur**

Nom / Prénom

Téléphone

**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**