

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



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



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

Examen endoscopique souhaité :

Gastroscopie ☐

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**