

Demande d'examen endoscopique

Données patient		Médecin demandeur	
Nom / Prénom	<input type="text"/>	Nom / Prénom	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Sexe	<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme	Téléphone	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Taille (cm)	<input type="text"/>		
Poids (kg)	<input type="text"/>		



- Allergie : Non Oui Si oui, lesquelles:
- Insuffisance rénale : Non Oui
- Pacemaker/défibrillateur : 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 :

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-hin.ch**
- courrier à **Avenue Général Guisan 30B, 1800 Vevey**

Renseignements au **021 921 12 12**