

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

**Données patient**

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

**Médecin demandeur**

Nom / Prénom	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>

**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**