

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 ☐ Dr L. Salvador ☐ 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**