



Application : ECHO;

**Titre : ECHO : BON D'EXAMEN : Echocardiographie transoesophagienne**

Patients	Médecin
<b>coller étiquette patient</b>	Nom : .....
	Bip : .....
	Service : .....
	Adresse : .....
	Fax : .....
Assurance : <input type="checkbox"/> Générale <input type="checkbox"/> Privée	Mode : <input type="checkbox"/> Hospitalisé <input type="checkbox"/> Ambulatoire

### Contexte clinique

<input type="checkbox"/> Allergies connues : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, précisez :
<input type="checkbox"/> ATCD :
▪ opération estomac/œsophage <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, précisez :
▪ affection en cours <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, précisez :
<input type="checkbox"/> Sintrom : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, dernière valeur de TP

### Indications / Questions posées

<input type="checkbox"/> Conditions de l'examen :
▪ Patient à jeun depuis la veille, à minuit (1 verre d'eau est possible le matin si médicaments)
▪ Venflon perméable au membre supérieur avec perfusion d'hydratation en cours
▪ Si troubles de la déglutition importants → Examen ORL préalable exigé

↳ Cet examen nécessite le consentement éclairé du patient, vous pouvez demander des formulaires de consentement auprès du secrétariat d'échocardiographie.

↳ Ce bon est à retourner complété au secrétariat d'échocardiographie, BH 07-229, si possible par fax au 40055 (ou par PP au 537).

↳ Le rendez-vous sera programmé dans un délai maximum de 48h. La date et l'heure sont communiquées au desk du service demandeur.