



# BON DE DEMANDE D'EXAMEN ENDOSCOPIQUE

Date de la demande : \_\_\_\_\_

**Nom / Prénom du patient (ou étiquette)**

\_\_\_\_\_

IPP \_\_\_\_\_

Sexe : M  F  Date de naissance \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

! Téléphone mobile \_\_\_\_\_

**Nom / Prénom du médecin demandeur**

\_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Nom / Prénom du médecin contact en gastro-entérologie \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS CLINIQUES A COMPLETER OBLIGATOIREMENT**

Anticoagulation en cours ? Si oui laquelle? \_\_\_\_\_ Stoppée? Si oui, quand? \_\_\_\_\_

Anti-aggrégation en cours ? Si oui laquelle? \_\_\_\_\_ Stoppée? Si oui, quand? \_\_\_\_\_

Trouble constitutionnel de la coagulation sanguine. Si oui, quelle prévention à effectuer? \_\_\_\_\_

Prophylaxie de l'endocardite à prévoir. Si oui laquelle? \_\_\_\_\_

Prophylaxie antibiotique à prévoir. Par ex cirrhose. Si oui laquelle? \_\_\_\_\_

Pacemaker, Défibrilateur. Si oui quel type? \_\_\_\_\_

Allergies ? N  O  Si oui, lesquelles \_\_\_\_\_

Autre comorbidité notable (ex trouble respiratoire). Si oui laquelle. Degré? \_\_\_\_\_

Score ASA\* \_\_\_\_\_

I: Patient en bonne santé(exemple: hernie inguinale chez un patient par ailleurs en bonne santé).  
II: Patient avec une maladie générale modérée (exemple: bronchite chronique; obésité modérée; diabète contrôlé par le régime; infarctus du myocarde ancien; hypertension artérielle modérée).  
III: Patient avec une maladie générale sévère mais non invalidante(exemple: insuffisance coronaire avec angor; diabète insulino-dépendant; obésité pathologique; insuffisance respiratoire modérée).  
IV: Patient avec une maladie générale invalidante mettant en jeu le pronostic vital(exemple: insuffisance cardiaque sévère; angor rebelle; arythmie réfractaire au traitement; insuffisance respiratoire, rénale, hépatique ou endocrinienne avancée).  
V: Patient moribond qui ne survivrait pas 24 heures, avec ou sans opération(exemple: rupture).

**Type d'analgésie/sédation demandée:** Aucune  Midazolam/pethidine  Propofol  Anesthésie générale

**Examen souhaité** Date souhaitée : entre le \_\_\_\_\_ et le \_\_\_\_\_

OGD  Coloscopie  ERCP  EUS  Autre (à spécifier ci-dessous)  Vidéocapsule

Description complémentaire \_\_\_\_\_

Indications cliniques \_\_\_\_\_

Patient hospitalisé actuellement: oui Non Prévoir la réservation d'un lit: Pré-geste Post-geste

**\*\*\*\*\* Le consentement du patient devra être fourni 48h avant le jour de l'examen \*\*\*\*\***

**En cas de demande urgente (délai de 0 à 24h), merci de contacter le secrétariat d'endoscopie qui relaiera auprès du médecin de garde**



Document à retourner par e-mail à [end.secretariat@chuv.ch](mailto:end.secretariat@chuv.ch) au centre d'endoscopie - Renseignements par tél. 021/314 07 20

Espace réservé pour le secrétariat

RDV planifié le : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Médecin demandeur (signature/tampon)

\_\_\_\_\_

