



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, Défibrillateur. 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 Programme vaudois de dépistage du cancer colorectal

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 relatera auprès du médecin de garde



Document à retourner par e-mail à 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)

