



**BON DE DEMANDE
D'EXAMEN
ENDOSCOPIQUE**

Date de la demande :

Nom / Prénom du patient (ou étiquette) <u>IPP</u> Sexe : M F <u>Date de naissance</u> <u>Adresse</u> <u>Téléphone</u>	Nom / Prénom du médecin demandeur <u>Adresse</u> <u>Téléphone</u> <u>Nom / Prénom du médecin contact en gastro-entérologie</u>
---	--

INFORMATIONS CLINIQUES A COMPLETER OBLIGATOIREMENT

Anticoagulation en cours ? N O Si oui, laquelle : Dosage : Stoppée ? N O Si oui, quand :
Anti-agrégation en cours ? N O Si oui, laquelle : Dosage : Stoppée ? N O Si oui, quand
Allergies ? N O Si oui, lesquelles

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		
<u>Indications cliniques</u>		
Patient hospitalisé ? N O Si non, prévoir la réservation d'un lit ?	veille	soir

******* 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 <u>end.secretariat@chuv.ch</u> au centre d'endoscopie - Renseignements par tél. 021/314 07 20
<u>Espace réservé pour le secrétariat</u>
RDV planifié le : Date

Médecin demandeur (signature/tampon)