



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
-----	------------	------	-----	--------------------------------	--------------

Description complémentaire

Indications cliniques

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 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)