



# 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 ? 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](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)



AMT0289 - Demande d'examen médico-technique