



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? Quand?
Anti-agrégation en cours? Si oui laquelle?	Stoppée? Quand?
Trouble constitutionnel de la coagulation sanguine? Protocole?	
Analogue GLP1/GIP en cours?	Stoppé? Quand?
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 ? Non Oui Si oui, lesquelles	
Autre comorbidité notable(ex trouble respiratoire). Si oui laquelle. Degré?	
Score ASA*	
<small>I: Patient en bonne santé(ex: non fumeur, consommation OH minime). II: Patient avec une maladie générale modérée(ex: HTA modérée, tabagisme, OH occ,BPCO/SAOS modéré, IRC stade I-II, cirrhose Child A, diabète contrôlé, BMI stade 1). III: Patient avec une maladie générale sévèreou invalidante(ex: HTA sévère, infarctus myocarde > 3 mois, diabète mal contrôlé, BPCO mal contrôlé, SAOS appareillé, IRC stade III-IV, cirrhose Child B, OH chronique, BMI stade II-III). IV: Patient avec une maladie générale mettant en jeu le pronostic vital(ex: infarctus myocarde < 3 mois, décompensation cardiaque, arythmie, instabilité hémodynamique, BPCO décompensé, SAOS avec HTP, AVC/AIT < 3 mois, IRC décompensé, cirrhose Child C, obésité morbide). V: Patient moribond qui ne survivrait pas 24 heures, sans intervention</small>	
	Taille (m)
	Poids (kg)
	BMI

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

Examen souhaité Date souhaitée : entre le et le

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

Description complémentaire

Indications cliniques

Patient hospitalisé ? Non Oui 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

Médecin demandeur (signature/tampon)

Espace réservé pour le secrétariat

RDV planifié le :

Date :