

Usage interne: .....

Date de la demande :

Données patient.e:

Médecin envoyeur:

Nom et Prénom

Nom

Date naissance

genre: M F

Adresse

Adresse

NPA Ville

NPA Ville

Tél

Mail

Tél

Fax

Poids :

kg

Taille :

cm

Mail

- BPCO/SAOS : Non Oui
- Allergies : Non Oui
- Anticoagulation : Non Oui
- Anti-aggrégation : Non Oui
- Pacemaker/défibr: Non Oui
- Diabète : Non Oui
- Co-morbidités actives ( HTA, cardiopathie, néoplasie, IRC ...):

---

**Examen demandé :**

Gastroskopie

Coloscopie

Ultrasonographie

Rectosigmoidoscopie

Consilium

Entéroscopie

Coloscopie dans le programme de dépistage cantonal

*Prière de procéder à l'inclusion dans le site du programme avant l'examen*

**Indication à l'examen : (mots clés)**

Délai de prise en charge souhaité : < 2 semaines

2-4 semaines

> 4 semaines

Lieu de prise en charge souhaité: Jomini 8

Clinique La Source

Médecin souhaité : Dre Vullièmoz

Dre Martinho

Pr Michetti

PD Dr Juillerat

Dr Moubayed

1er Dr disponible

Arrêt ou prescription de médicament(s) et délai:

- 1.
- 2.