

Données patient.e:

Nom et Prénom

Date naissance

genre: M F

Adresse

NPA Ville

Tél

Mail

Poids :

kg

Taille :

cm

- 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, obésité, IRC ...):

Date de la demande :

Médecin envoyeur:

Nom

Adresse

NPA Ville

Tél

Fax

Mail

Usage interne: .....

---

**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 Fotsing

Dre Vullièmoz

Pr Michetti

Dre El-Yafi-Ramelot

Dr Moubayed

1er Dr disponible

Arrêt ou prescription de médicament(s) et délai:

- 1.
- 2.