



## Formulaire d'inscription

Veillez convoquer :  **Urgent!**  Dans 1 à 4 semaines  Électif

Patient(e)  Madame  Monsieur

Nom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Tél. fixe: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tél. mobile: \_\_\_\_\_

NPA/Lieu: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Caisse maladie: \_\_\_\_\_

Numéro de carte: \_\_\_\_\_

### Indication, traitement antérieur, diagnostic, question clinique:

---

---

---

### Endoscopie

- Gastroskopie  Coloscopie  Rectoscopie  
 Echo-endoscopie haute  Echo-endoscopie basse  ERCP (CPRE)

### Échographie

- Échographie abdominale / tractus digestif  Mesure de l'élasticité hépatique (Fibroscan)

### Consultation

- Gastroentérologie gén.  IBD-Consultation  Foie/pancréas

### Intolérances alimentaires / Test respiratoire

- Glucose (dysbiose bactérienne)  Lactose  Fructose

#### Facteurs de risque / comorbidités :

- BPCO  Diabète IR  Grossesse

Allergies: \_\_\_\_\_

Autres: \_\_\_\_\_

#### Traitement antiagrégant / anticoagulant:

- Aspirine (jamais nécessaire de l'arrêter)  
 Plavix / Efient / Brilique  
 Sintrom / Marcoumar  
 Xarelto / Eliquis / Pradaxa / Lixiana  
 Héparine de bas pas moléculaire (HBPM)

### Médecin demandeur

Nom/ Prénom: \_\_\_\_\_

Cabinet: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Tampon / Signature): \_\_\_\_\_