



FORMULAIRE DE DEMANDE D'EXAMEN

ENDOSCOPIE ET CONSULTATION

à envoyer à : secretariat@cgbulle.ch

Date de la demande

INFORMATIONS PATIENT

Mme ☐ Mr ☐

Nom et prénom

Date de naissance

Adresse

NPA Ville

Tél

Mail

INFORMATION MEDECIN

Nom du cabinet (tampon)

Poids (kg) Taille (cm) ou BMI (kg/m2)  (bien remplir SVP)

COMORBIDITES :

- BPCO / SAOS	Non ☐	Oui ☐	(si SAOS : appareillé oui ☐ non ☐)
- Allergie	Non ☐	Oui ☐	
- Constipation	Non ☐	Oui ☐	
- Diabète	Non ☐	Oui ☐	Insuline Oui ☐ Non ☐
- Cardiopathie	Non ☐	Oui ☐	GLP 1 Oui ☐ Non ☐
- Plavix/Effient/Brilique		Oui ☐	(jamais nécessaire d'arrêter l'ASS)
- Sintrom/Marcoumar		Oui ☐	
- Xarelto/Eliquis/autre AOD		Oui ☐	
- Autre comorbidité active :			

EXAMEN : Gastroscopie ☐ Colonoscopie ☐ Rectoscopie ☐ Consilium hépatologique ☐
Suivi diététique ☐ Fibroscan ☐ Consilium gastroentérologique ☐

Indication à l'examen (renseignements cliniques) :

Degré d'urgence ☐ urgent ☐ 2-6 sem ☐ > 8 sem

Si comorbidités merci de joindre une liste de diagnostics 

Médecin souhaité ☐ Dre Ruetsch ☐ PD Dr Juillerat

☐ 1^{er} disponible ☐ Dre Giriens ☐ Dr Oikonomou