



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 OUI: appareillé oui non)
 - Allergie Non Oui
 - Constipation Non Oui
 - Diabète Non Oui
 - Cardiopathie Non Oui
 - Plavix/Effient/Brilique Oui (pas nécessaire d'arrêter l'ASS)
 - Sintrom/Marcoumar Oui
 - Xarelto/Eliquis/autre ADO Oui
 - Autre comorbidité active :

EXAMEN : Gastroscopie Colonoscopie Rectoscopie Consilium

Indication à l'examen (renseignements cliniques) :

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

Médecin souhaité Dre Ruetsch Dre Martinho

1^{er} disponible PD Dr Juillerat