

Dr François Estermann
Dr Stéphane Lelouch
Spécialistes en Gastro-entérologie
Médecins adjoints

Ch. du Crêt 2
1110 Morges
T 021 804 24 21
F 021 804 20 48

FORMULAIRE DE DEMANDE D'EXAMENS ENDOSCOPIQUES

Demande du :

☐ **Urgence** Délai souhaité : _____

Tampon et nom du
médecin demandeur : _____

Chère et cher Collègue,

Afin de programmer, dans les meilleures conditions, l'examen de votre patient(e), nous vous remercions de compléter ce questionnaire médical :

Concernant Mme/M. _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Téléphone n° : _____

Examen(s) à réaliser :

- ☐ Coloscopie (si coloscopie dans le cadre du dépistage FVDC, il faut nous transmettre le formulaire ad hoc)
☐ Gastroskopie
☐ Rectoscopie
☐ Autre examen : _____

Médecin : ☐ Dr F. Estermann ☐ Dr S. Lelouch

Indication de l'examen : _____

Votre patient/e présente t'il/elle :

- ⇒ Des problèmes cardiopulmonaires ? oui ☐ non ☐
Si oui, lesquels ? _____
- ⇒ Une apnée du sommeil ? oui* ☐ non ☐ * Appareillée ? oui ☐ non ☐
⇒ Obésité ? oui ☐ non ☐
Si oui, BMI ? _____
- ⇒ Prise de médicaments antiagrégant ou anticoagulant ? oui ☐ non ☐
Si oui, lesquels ? _____
- ⇒ Epilepsie ? oui* ☐ non ☐ *Stable sous traitement ? oui ☐ non ☐

Merci de bien vouloir nous transmettre ce document par fax au 021 804 20 48 ou par courriel à :
secretariat.gastro@ehc.vd.ch.

En vous remerciant de votre confiance et avec nos meilleures salutations.

Dr François Estermann / Dr Stéphane Lelouch

Examen prévu le : _____

☐ Salle blanche : ☐ sous Propofol ☐ sous AL

☐ Bloc opératoire, ⇒ CPA à prévoir

