



DEMANDE D'EXAMEN ENDOSCOPIQUE

Nous vous rappelons que toute demande incomplète ne pourra pas être prise en compte.

MERCI DE RETOURNER CE FORMULAIRE PAR E-MAIL À secretariat@cmd-lausanne.ch OU PAR FAX +41 21 512 41 29
PLUS D'INFORMATIONS SUR www.cmd-lausanne.ch

NOM
PRÉNOM DATE DE NAISSANCE
ADRESSE
NPA VILLE
TÉL
ASSURANCE MALADIE
DATE DE LA DEMANDE

**CENTRE DES MALADIES DIGESTIVES
LAUSANNE**
AVENUE LOUIS RUCHONNET 30
1003 LAUSANNE

WWW.CMD-LAUSANNE.CH

MÉDECIN ENVOYEUR

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

POIDS	TAILLE		BMI		
BPCO	NON	OUI	STADE ?		
APNÉE DU SOMMEIL	NON	OUI	APPAREILLÉ ?	NON	OUI
ALLERGIES	NON	OUI			
ANTICOAGULATION	NON	OUI			
ANTI-AGGRÉGATION	NON	OUI			
PACEMAKER/DÉFIBRILLATEUR	NON	OUI			
INSUFFISANCE RÉNALE	NON	OUI	STADE ?		
CO-MORBIDITÉS ACTIVES (BPCO, diabète, HTA, cardiopathie, néoplasie...)					

TRAITEMENT ACTUEL (à joindre à la demande ou recopier ci-dessous)

EXAMEN(S) DEMANDÉ(S)

GASTROSCOPIE	ENTÉROSCOPIE HAUTE	ENTÉROSCOPIE BASSE
COLOSCOPIE	RECTOSIGMOÏDOSCOPIE	
PROGRAMME DE DÉPISTAGE CANTONAL VAUDOIS (prière de procéder à l'inclusion avant de nous adresser le(la) patient(e))		

EXAMEN INTERVENTIONNEL (CLINIQUE CECIL) AMBULATOIRE HOSPITALISÉ
(ERCP, pose de stent, mucosectomie, fermeture de fistule ou résection transmurale...)

INDICATION À L'EXAMEN (MOTS CLÉS)