

TRANSFERT

NOM: _____
PRÉNOM: _____ DATE DE NAISSANCE: _____
RUE: _____
NPA/LIEU: _____
TÉLÉFON/MOBILE: _____
ASSURANCE: _____ N°: _____

TYPE D'INTERVENTION SOUHAITÉ

FIBROSCOPIE ŒSO-GASTRO-DUODÉNALE COLOSCOPIE ERCP
 ANUSCOPIE / RECTOSCOPIE BIOPSIE HÉPATIQUE EXAMEN CLINIQUE
 AUTRE: _____
DEGRÉ D'URGENCE: URGENT DÈS QUE POSSIBLE NON URGENT
A OBTENU UN RENDEZ-VOUS LE: _____
SOUHAITE UN RENDEZ-VOUS AUPRÈS DE: DOCTEUR TH. HUBER PROFESSEUR W. INAUEN N/A

DONNÉES CLINIQUES

CLASSE ASA

1 2 3 4

1: en bonne santé; 2: atteinte modérée, insuffisance cardiaque compensée;
3: atteinte sévère, insuffisance cardiaque compensée; 4: atteinte sévère, insuffisance cardiaque décompensée

QUESTION/PROCÉDURE PRÉVUE

TRANSFERT

ENVOYER