

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
PLUS D'INFORMATIONS SUR www.cmd-lausanne.ch

secretariat@cmd-lausanne.ch OU PAR FAX +41 21 512 41 29

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

BPCO

APNÉE DU SOMMEIL

ALLERGIES

ANTICOAGULATION

ANTI-AGGRÉGATION

PACEMAKER/DÉFIBRILLATEUR

INSUFFISANCE RÉNALE

CO-MORBIDITÉS ACTIVES (BPCO, diabète, HTA, cardiopathie, néoplasie...)

TAILLE

NON

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

OUI

BMI

STADE ?

APPAREILLÉ ?

NON

OUI

STADE ?

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, mucoséctomie, fermeture de fistule ou résection transmurale...)

INDICATION À L'EXAMEN (MOTS CLÉS)