

## Formulaire d'inscription

Rendez-vous pris le: \_\_\_\_\_

Veuillez convoquer

### Patient(e)

Nom: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Tél. portable: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tél. prof.: \_\_\_\_\_

Code postal/lieu: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

Caisse-maladie: \_\_\_\_\_

### Médecin traitant

Nom: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Code postal/Lieu: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### Examen souhaité

Gastroskopie  
Coloscopie  
Rectoscopie  
Consultation entre médecins  
\*Test d'haleine pour \_\_\_\_\_  
Endosonographie tractus digestif supérieur (orale)

Endosonographie tractus digestif inférieur (rectale)  
ERCP (selon consultation avec nous)  
Biopsie du foie  
\*Sonographie de l'abdomen  
Autres : \_\_\_\_\_

\* uniquement au cabinet de Berne

### Informations cliniques / questions

### Médicaments actuels

Traitement anticoagulant avec:

- Si possible stopper la médication
- Essayer d'obtenir un hémogramme normal
- Quick/INR de plus de 30% svp
- Arrêter les NOAC 24h auparavant

### Facteurs de risque

BPCO  
Grossesse à la \_\_\_\_\_ semaine

Allergies à/au : \_\_\_\_\_  
Autres : \_\_\_\_\_

Rapport rédigé en    allemand    français    par courrier    par fax    par courriel

### Informations pour le patient

Le matériel d'information et le schéma de préparation (y compris les médicaments ou l'ordonnance médicale) ont été remis au patient/à la patiente

Date: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_